

Technická univerzita v Liberci
**FAKULTA PŘÍRODOVĚDNĚ-HUMANITNÍ A
PEDAGOGICKÁ**

Katedra: Katedra pedagogiky a psychologie
Studijní program: Učitelství pro 2. stupeň základní školy
**Studijní obor
(kombinace):** Anglický jazyk – občanská výchova

**Dítě s handicapem a problematika výchovně
vzdělávací činnosti**

A disabled child and problems of the educational process

Diplomová práce: 07–FP–KPP–037

Autor:

Ivana Jandová

Podpis:

.....

Adresa:

U Trati 905

506 01 Jičín

Vedoucí práce: PaedDr. Ivona Futschiková

Počet

stran	grafů	obrázků	tabulek	pramenů	příloh
114	16	15	6	24	4

V Liberci dne: 8. 12. 2008

TU v Liberci, FAKULTA PEDAGOGICKÁ

461 17 LIBEREC 1, Hálkova 6

Tel.: 485 352 515

Fax: 485 352 332

Katedra: Katedra pedagogiky a psychologie

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(pro magisterský studijní program)

pro (diplomant)

Ivana Jandová

adresa:

U Trati 905, Jičín 506 01

obor (kombinace):

anglický jazyk – občanská výchova

Název DP:

Dítě s handicapem a problematika výchovně vzdělávací činnosti

Název DP v angličtině:

A disabled child and problems of the educational process

Vedoucí práce:

PaedDr. Futschiková Ivona

Konzultant:

Termín odevzdání:

květen 2008

Pozn. Podminky pro zadání práce jsou k nahlédnutí na katedrách. Katedry rovněž formulují podrobnosti zadání. Zásady pro zpracování DP jsou k dispozici ve dvou verzích (stručné.resp. metodické pokyny) na katedrách a na Děkanátě Fakulty pedagogické TU v Liberci.

V Liberci dne 12.10.2007



děkan



vedoucí katedry


Převzal (diplomant):

IVANA JANDOVÁ

Datum:

8.11.2007

Podpis:



Název DP: Dítě s handicapem a problematika výchovně vzdělávací činnosti

Vedoucí práce: PaedDr. Futschiková Ivona

Úvod: Téma DP jsem si vybrala především na základě svých zájmů a plánů do budoucnosti.

Problematika handicapovaných mne byla vždy blízká a svoje volnočasové aktivity jsem směřovala právě tímto směrem (asistentka a vedoucí v teatroterapeutickém kroužku divadla Kula v Jičíně, asistentka učitele ve speciální škole při Jedličkově ústavu v Liberci, kurz znakového jazyka v CZP LK). V pedagogické praxi se v rámci běžných ZŠ čím dál tím častěji setkáváme s dětmi s handicapem, je tedy nezbytné, aby (nejen) učitelé byli na tuto možnost připraveni.

Cíl: Cílem mé diplomové práce je zjistit aktuální stav handicapovaných dětí z hlediska jejich vzdělávání v rámci běžných i speciálních základních škol. Teoretická část bude věnována pojmu handicap, postižení, znevýhodnění, klasifikaci postižení, možnostem vzdělávání dětí s handicapem. V praktické části budou uvedeny hypotézy, které budou pomocí výzkumu formou pozorování a experimentu (dotazník, rozhovor) potvrzeny či vyvráceny.

Požadavky: Teoretická část bude zpracována na základě prostudované literatury a konzultací s vedoucím DP. V praktické části vypracuji hypotézy, provedu výzkum v terénu a vypracuji prezentaci jako podklad pro obhajobu DP.

Literatura: Vítková Marie: Integrativní speciální pedagogika (Paido)

Vágnerová M., Hady-Moussová Z., Štěch S.: Psychologie handicapu (Karolinum 2001)

Chvátalová H.: Jak se žije dětem s postižením – problematika pěti typů zdravotního postižení (Portál 2001)

Prohlášení

Byla jsem seznámena s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé diplomové práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li diplomovou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Diplomovou práci jsem vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím diplomové práce.

Datum: 8.12.2008

Podpis

Poděkování

Na tomto místě děkuji vedoucí diplomové práce PaedDr. Ivoně Futschikové za ochotu a trpělivost při spolupráci na řešení teoretických i praktických úkolů s prací spojených. Poskytla mi odborné vedení a spoustu cenných rad.

Poděkování patří také všem pedagogům v regionu Jičín, kteří přispěli k výzkumu vyplněním dotazníku

Především bych však chtěla poděkovat svým rodičům, kteří mě po celou dobu studia ve všech směrech podporovali. Bez jejich pomoci bych svého cíle nedosáhla.

Dítě s handicapem a problematika výchovně vzdělávací činnosti

Jandová Ivana

DP 2009

Vedoucí DP: PaedDr. Ivona Futschiková

Resumé

Diplomová práce se zabývá problematikou dítěte s dětskou mozkovou obrnou (DMO) ve výchovně vzdělávacím procesu. Teoretická část je věnována vysvětlení základních pojmů oboru speciální pedagogika a somatopedie. Zvláštní kapitoly jsou zaměřeny na dětskou mozkovou obrnu, psychologické aspekty postižení a edukaci handicapovaných jedinců.

Cílem výzkumné části je zmapovat situaci žáků s DMO v regionu Jičín ve školním roce 2008/2009. Specifikuje celkový počet dětí s DMO ve školním věku. Zvláštní pozornost je věnována integrovaným žákům. Práce obsahuje informace o formě jejich postižení, využívaných kompenzačních pomůckách a předmětech, které jsou z hlediska postižení náročné. V neposlední řadě výzkum nabízí náhled na vzdělání učitelů integrovaných žáků a jejich připravenost z odborného speciálně pedagogického hlediska.

Klíčová slova:

žák s dětskou mozkovou obrnou, speciální pedagogika, integrace, kompenzační pomůcky

A disabled child and problems of the educational process

Jandová Ivana

DT 2009

Tutor: PaedDr. Ivona Futschiková

Summary

The diploma thesis deals with the issue of a pupil with cerebral palsy (CP) and the educational process. The theoretical part is focused on explanation of basic terminology of special pedagogy and somatopedia. Particular chapters are devoted to cerebral palsy, psychological aspects of the handicap and education of disabled persons.

The aim of the practical part is to map out the situation of pupils with CP in the region of Jičín in the school year 2008/2009. It specifies the overall number of school children with CP. Special emphasis is put on integrated pupils. The thesis contains information about the type of handicap, used compensatory aids and subjects which are difficult due to the handicap. It also looks at integrated pupils' teachers' degree of education and their knowledge of special pedagogy.

Key words:

a pupil with cerebral palsy, special pedagogy, integration, compensatory aids

Un élève avec handicap et la problématique de l'éducation

Ivana Jandová Le MM 2009

Directeur du MM: PaedDr. I. Futschiková

Résumé

Le memoire de maitrise s'occupe des problemes de l'enfant avec la paralysie cérébrale dans le proces de l'éducation et de la formation. La part théorique est consacrée a l'explication des termes fondamentaux du domaine de pédagogie spéciale et somatopédie. Les chapitres spéciaux sont consacrés a la paralysie cérébrale infantine, aux aspects psychologiques du handicap et a l'éducation des individus handicapés.

Le but de la part de recherche est l'exploration de la situation des élèves avec la paralysie cérébrale infantine dans la région de Jičín en année scolaire 2008/2009. Elle spécifie le nombre total des enfants avec la paralysie cérébrale infantine a l'âge scolaire. L'attention spéciale est pretée aux élèves intégrés. Le travail contient les informations de la forme de leur handicap, des moyens compensatoires utilisés et des matieres qui sont de l'optique du handicap difficiles. En dernier mais par ordre d'importance la recherche offre la vue a la formation des enseignants des élèves intégrés et leur entrainement de l'aspect professionnel de pédagogie spéciale.

Les mots-clés :

l'élève avec la paralysie cérébrale infantine, la pédagogie spéciale, l'intégration, les moyens compensatoires

OBSAH

I. ÚVOD		10
II. TEORETICKÁ ČÁST		11
1. Obor speciální pedagogika		11
1.1 Historie		11
1.2 Pojem speciální pedagogika		12
1.3 Předmět a cíle speciální pedagogiky		13
1.4 Systém speciální pedagogiky		14
1.5 Vztah speciální pedagogiky k jiným vědám		16
1.6 Metody speciální pedagogiky		17
2. Obecné pojmy		19
2.1 Vada, postižení, handicap		19
2.2 Socializace		21
2.3 Integrace, inkluze		22
3. Somatopedie		25
3.1 Klasifikace somatických postižení (volně dle Novosada, 2002)		26
3.2 Významné osobnosti somatopedie		30
3.2.1 František Bakule (1877-1957)		30
3.2.2 Augustin Bartoš (1888-1969)		32
4. Dětská mozková obrna (DMO)		35
4.1 Obecná charakteristika		35
4.2 Etiologie DMO		35
4.3 Formy DMO (volně podle Vítkové)		36
4.3.1 Spastické formy DMO		36
4.3.1.1 Diparéza		36
4.3.1.2 Hemiparéza		37
4.3.1.3 Kvadruparéza		39
4.3.2 Nespastické formy DMO		40
4.3.2.1 Dyskineticko-dystonická forma		40
4.3.2.2 Hypotonická forma		40
4.3.2.3 Cerebellární (mozečková) forma		40
4.3.3 Smíšené formy DMO		41
4.4 Přidružené problémy DMO		41
4.4.1 Lehká mozková dysfunkce (LMD)		41
4.4.2 Poruchy řeči		42
4.4.3 Mentální retardace (MR)		43
4.4.4 Epilepsie		44
4.5 Možnosti terapie		45
4.5.1 Vojtova metoda reflexní terapie		46
4.5.2 Bobath koncept		47
4.5.3 Snoezelen		48
5. Psychologie handicapu		49
5.1 Specifické rysy osobnosti postiženého jedince		49

5.1.2	<i>Poznávací procesy, schopnosti</i>	50
5.1.2.	<i>Rysy osobnosti</i>	51
5.1.3	<i>Motivace</i>	52
5.2	Rodiče a jejich reakce na postižení dítěte	53
5.3	Psychický vývoj postiženého dítěte ve školním věku	55
5.3.1	<i>Mladší školní věk</i>	55
5.3.2	<i>Puberta, dospívání</i>	57
6.	Edukace jedinců s handicapem	60
6.1	Proces transformace	60
6.2	Možnosti vzdělávání žáka s DMO	62
6.2.1	<i>Integrace žáka s postižením</i>	63
6.2.1.1	<i>Individuální vzdělávací plán</i>	63
6.2.1.2	<i>Adaptace prostředí</i>	64
6.2.1.3	<i>Pomůcky</i>	64
6.2.1.4	<i>Osobní asistent, asistent pedagoga</i>	65
6.3	Sít' poradenských zařízení	66
6.3.1	<i>Pedagogicko – psychologická poradna (PPP)</i>	66
6.3.2	<i>Speciálně pedagogické centrum (SPC)</i>	66
6.3.3	<i>Středisko výchovné péče</i>	67
6.3.4	<i>Výchovný poradce, školní psycholog, speciální pedagog</i>	67
III.	PRAKTICKÁ ČÁST	68
1.	Úvod	68
2.	Vyhodnocení získaných informací	70
2.1	Metoda dotazníku	70
2.2	Počty žáků v běžné ZŠ a ZŠ speciální	71
2.2.1	<i>Diskuse</i>	71
2.2.2	<i>Závěr</i>	74
2.3	Integrovaní žáci s DMO, vada a její kompenzace	75
2.3.1	<i>Diskuse</i>	75
2.3.2	<i>Závěr</i>	81
2.4	Vztah žáka s DMO ke škole, spolužákům	82
2.4.1	<i>Diskuse</i>	82
2.4.2	<i>Závěr</i>	88
2.5	Vzdělání učitelů žáka s DMO	90
2.5.1	<i>Diskuse</i>	90
2.5.2	<i>Závěr</i>	95
IV.	ZÁVĚR	96
V.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	98
VI.	SEZNAM PŘÍLOH	101

I. ÚVOD

Během studia učitelství pro základní školy mě zaujala problematika jedinců s postižením. Vzhledem k tomu, že bych tímto směrem chtěla orientovat své budoucí působení, odráží se to i ve výběru tématu diplomové práce.

Původně jsem se chtěla soustředit na vytvoření všeobecného přehledu jednotlivých typů postižení a výzkum pak zaměřit na integrované žáky s jakoukoliv formou handicapu. Záhy se zjistilo, že by práce byla nejen velice rozsáhlá, ale také by nebylo možné proniknout do hloubky dané problematiky. Rozhodla jsem se proto specifikovat téma na jedince s dětskou mozkovou obrnou (DMO). DMO patří mezi nejčastěji se vyskytující vrozená postižení zasahující tělesnou a často i mentální stránku jedince.

Vzhledem k tomu, že od počátku devadesátých let neustále sílí integrační snahy, postižené dítě v rámci běžné základní školy již není takovou „raritou“, jak tomu bývalo v minulosti. Proto je dle mého názoru nutné se v této oblasti neustále vzdělávat. Jako budoucí učitelé máme téměř stoprocentní jistotu, že se ve své praxi setkáme s dítětem s postižením a měli bychom na to být (alespoň teoreticky) připraveni.

Teoretická část práce je věnována tématům, která s postižením souvisejí – speciální pedagogika, základní pojmy, somatopedie, dětská mozková obrna, psychologie handicapu, možnosti vzdělávání jedinců s postižením. Cílem výzkumné části je zmapovat stav edukace dětí s DMO v regionu Jičín se zvláštním zaměřením na integrované žáky.

II. TEORETICKÁ ČÁST

1. Obor speciální pedagogika

1.1 Historie

Speciální pedagogika jako vědní obor nemá v českých zemích dlouhou tradici. Formování této disciplíny předcházelo dlouhé období praktické péče o znevýhodněné jedince nejprve z hlediska medicínského. Později se záběr rozšířil na společenské vědy jako je sociologie či pedagogika. Podle Renotiérové (2006) lze za zásadní zlom ve speciálně pedagogickém myšlení považovat přelom 19. a 20. století, kdy začaly vznikat první instituce a ústavy zabývající se nejen léčbou ale i výchovou postižených jedinců. V této době také vzniká obor **pedologie** (z řečtiny *pais* = dítě, chlapec, *logos* = nauka, slovo), který se zabývá komplexním zkoumáním dítěte z hlediska biologického (pedobiologie), psychologického (pedopsychologie) a sociálního (pedosociologie). Mezi hlavní představitele pedologického směru patří psycholog František Čáda (1865-1918), který se zabýval i dětmi „abnormními“ a poukazoval na nutnost řešení závažných sociálních problémů, se kterými se tyto děti potýkaly. Pro děti s určitým stupněm postižení zhruba v rozmezí lehké a středně těžké mentální retardace užíval Čáda výrazu „dětí úchylné“. Ačkoliv pojem byl v dané době velmi úzce chápáný, později se jeho smysl rozšířil na všechny děti s postižením a dokonce se dostal do názvu prvního samostatného oborového časopisu „Úchylná mládež“, který začal vycházet roku 1925.

Po 1.světové válce se objevuje termín **pedopatologie** (z řečtiny *pathos*= bolest, choroba), který představoval označení pro vědní obor zabývající se tělesnými, duševními a smyslovými vadami mládeže. Obor byl orientovaný spíše medicínsky, později se jako reakce objevil termín **nápravná pedagogika** zavedený Janem Mauerem (1878-1937), který se snažil poukázat i na sociální

aspekty postižení a nutnost praktického přístupu k defektním jedincům. V letech 1922-1933 se konalo pět sjezdů pro výzkum dítěte, kterých se účastnili přední představitelé oboru a jejichž výsledkem bylo vytvoření systému pomocného školství. Významné změny byly zaznamenány především v oblasti výchovy a vzdělávání tělesně postižených jedinců. Byly zaměřeny na základy rehabilitační péče, základy teorie integrace, zavedení léčebné tělesné výchovy či nutnost zřízení škol při nemocnicích.

Dalším termínem, který označoval oblast péče o postižené jedince je **sociální pedagogika**, která se podle svého autora antropologa Františka Štampacha (1895-1976) zaměřovala na oblast ochranné, nápravné a léčebné výchovy. Štampach také vymezil 4 okruhy – psychopedii (duševní vady), ortopedii (tělesné vady), logopedii (vady hlasu, řeči a sluchu) a okulopedii (vady zraku).

V 50.letech se k nám díky sovětskému vlivu dostává termín **defektologie** (z latiny *defectus* = úchylka, nedostatek, vada) – podle Defektologického slovníku (2000) věda o defektním člověku, tj. o člověku postiženém nějakou vadou tělesnou, smyslovou nebo duševní.

Pojem **speciální pedagogika** poprvé užil v roce 1957 Bohumír Popelář. Termín se ustálil na přelomu 60.a 70.let 20.století především díky Miloši Sovákovi, považovanému za zakladatele oboru.

1.2 Pojem speciální pedagogika

Speciální pedagogika je vědní obor zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s postižením. Dále se zaměřuje na pracovní a společenské možnosti zdravotně a sociálně znevýhodněných osob a řeší výzkumné problémy týkající se oboru. Pipeková (1998) a další autoři rozlišují dvě různá pojetí pojmu speciální pedagogika. V širším smyslu se porovnává pedagogika obecná s pedagogikou speciální, jež je zaměřená pouze na určité aspekty – např. věk (pedagogika

předškolního věku). Jedná se tedy o jakýsi podobor pedagogiky obecné. V užším smyslu je speciální pedagogika samostatným vědním oborem zaměřeným na výchovu a vzdělávání zdravotně a sociálně znevýhodněných osob.

Vznik samostatného oboru se datuje přelomem 60. a 70. let a je nerozlučně spjat s významným lékařem, logopedem Milošem Sovákem, jenž je považován za zakladatele disciplíny. Ve svém díle **Nárys speciální pedagogiky** (1972) vymezuje terminologii, předmět, cíle a metody speciální pedagogiky. Dále uvádí členění do jednotlivých podoborů, tzv. pedií, které tvoří základ členění současného. Ač byly některé Sovákovy teorie překonány, patří bezpochyby mezi nejvýznamnější osobnosti speciální pedagogiky.

1.3 Předmět a cíle speciální pedagogiky

„Předmětem speciální pedagogiky je zkoumání podstaty a zákonitostí výchovy a edukace jedinců se speciálními potřebami z aspektu etiologie, symptomatologie, možnosti aplikace speciálněpedagogických metod (reedukace, kompenzace, rehabilitace) a profylaxe neadekvátního vyrovnání znevýhodněných osob s postižením, narušením nebo různými specifickými omezujícími faktory. Předmětem péče speciální pedagogiky je zdravotně, příp. sociálně znevýhodněný jedinec, který potřebuje podporu v oblasti výchovy, vzdělání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění i v jeho realizaci.“¹

Hlavním cílem speciální pedagogiky je výchova a vzdělání jedince s postižením vedoucí k začlenění jak do společenského života, tak i do pracovního procesu nezávisle na omezení, se kterými se potýká. Renotířová (2006) uvádí následující cíle speciální pedagogiky vycházející z principu humanismu:

1. **cíl humanitární** – představuje právo každého (nejen postiženého) jedince na rozvoj a respektování vlastní osoby

¹ RENOTIŘOVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 14.

2. **cíl výchovný** – vyjadřuje právo na vzdělání podporující všestranný osobnostní rozvoj
3. **cíl ekonomický** – zdůrazňuje právo jedinců s postižením na odpovídající pracovní zařazení umožňující uplatnění jejich schopností a dovedností

1.4 Systém speciální pedagogiky

Současné členění speciální pedagogiky vychází, jak již bylo zmíněno, z díla Miloše Sováka. Vymezil v rámci oboru 5 podoborů tzv. pedií, které se soustředí na jednotlivá postižení v oblasti duševní (psychopedie, etopedie), smyslové (logopedie, tyflopédie) a tělesné (somatopedie). S vývojem času bylo Sovákovo dělení nedostačující, a tak se k systému členění speciální pedagogiky přiřadily ještě další podobory. V současné době lze tedy vymezit 8 oborů speciální pedagogiky (podle Pipekové 1998)

- **psychopedie** (z řečtiny *psyché* = duše, *paideia* = výchova) – obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním osob s mentálním postižením, označení oboru zavedl František Štampach roku 1945
- **somatopedie** (z řečtiny *sóma* = tělo; *paideia* = výchova) – obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným postižením či zdravotním oslabením. Původní název oboru zněl ortopedická defektologie
- **logopedie** (z řečtiny *logos* = slovo, řeč; *paideia* = výchova) – obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s narušenou komunikační schopností

- **surdopedie** (z latiny *surdus* = hluchý; z řečtiny *paidea* = výchova) – obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním osob se sluchovým postižením, v pojetí Miloše Sováka byli jedinci s poruchami sluchu předmětem péče logopedů především kvůli vzájemné provázanosti řeči a sluchu
- **tyflopédie** (z řečtiny *tyflos* = slepý; *paideia* = výchova) - obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním osob se zrakovým postižením
- **etopedie** (z řečtiny *éthos* = mrav; *paideia* = výchova) - obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s poruchami chování. Jedná se o nejmladší obor, který vznikl vyčleněním z psychopedie
- **speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením** - obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců s vícečetnými vadami
- **parciální nedostatky** - obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním jedinců se specifickými vývojovými poruchami učení, lehkou mozkovou dysfunkcí (nověji syndrom ADHD – attention deficit hyperactivity disorder, ADD – attention deficit disorder – jedná se o poruchy v oblasti psychomotorické, mentální i volní způsobené lehčím poškozením centrální nervové soustavy)

Sovák své členění sestavil tak, aby se názvy jednotlivých disciplín odvozovaly od základního pojmu, který určoval oblast výchovného působení

(psyché – duše, rozum, éthos – mravy, logos – řeč, soma – tělo). Kladl tedy důraz na to, co by se mělo rozvíjet a ne na vadu, která má být překonána. Výjimkou je pouze pojem tyflopédie, který byl převzat ze sovětské terminologie. Pokud by se dodržoval systém názvosloví, použil by se pojem optopédie (optein = vidět).

1.5 Vztah speciální pedagogiky k jiným vědám

Speciální pedagogika je součástí systému společenských věd, tedy věd o člověku. Zabývá se postiženými jedinci po stránce biologické, psychologické, sociální a pedagogické. Jak je již z názvu oboru patrné, speciální pedagogika je nejtěsněji spjata s pedagogikou obecnou. Pipeková (1998) tuto provázanost vysvětluje obecným filozofickým principem dialektické jednoty obecného a speciálního. Upozorňuje na to, že proces speciální výchovy nemůže být realizován bez znalosti odlišností ve vývoji v oblasti fyziologie a patologie jakožto biologických věd. Nedílnou součástí jsou také vědomosti z oblasti psychologických a sociologických disciplín, konkrétně psychologie obecné a vývojové, psychopatologie, sociální psychologie, sociální patologie, sociologie a dalších. Renotierová (2006) vymezuje dvě hlavní kategorie pomocných věd

- *pomocné vědy deskriptivního charakteru* popisují postiženého jedince přímo. Do této kategorie se řadí lékařské obory, se kterými speciální pedagogika úzce spolupracuje (neurologie, foniatrie, psychiatrie, ORL, ortopedie, oftalmologie, pediatrie a další)
- *normativní pomocné vědy*, ze kterých speciální pedagogika čerpá. Poukazují na to, jaký by měl postižený jedinec být za předpokladu využití a dodržování optimálních norem a postojů, v této kategorii jsou logika, etika a estetika

„Je potřebné si uvědomit, že speciální pedagogika nepřebírá poznatky z pomocných ani hraničních vědních disciplín automaticky, a to ani z věd pedagogických. Vždy je nezbytná jejich modifikace, přizpůsobení, vzhledem ke

skutečnosti, že předmětem speciálněpedagogické teorie i praxe je člověk determinovaný v mnoha sférách svého života svým defektem, omezením, znevýhodněním.“²

1.6 Metody speciální pedagogiky

Pipeková (1998) dělí diagnostické metody speciální pedagogiky na obecné a speciální. Do kategorie obecných metod se řadí anamnéza, což je zjišťování všech údajů a okolností vedoucích k chorobě či defektu. Odborník se v rozhovoru dotazuje na rodinné, osobní, pracovní a sociální podmínky klienta. Další obecnou metodou je katamnéza, jež popisuje průběh choroby od doby, kdy bylo její léčení ukončeno. Tato metoda se využívá především u těch chorob, u nichž hrozí recidiva (návrat). Mezi speciální metody se řadí odborná speciálněpedagogická vyšetření, na kterých spolupracuje tým odborníků z řad lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a speciálních pedagogů. Jejich cílem je zjistit druh a stupeň postižení, tedy určit diagnózu. Na základě diagnózy pak odborníci stanoví prognózu neboli postup při výchově a vzdělávání. Speciálněpedagogické nápravné metody, mezi které patří reedukace, kompenzace a rehabilitace, se soustředí na překonávání či zmírnění narušených vztahů jedince s postižením.

Reedukace (z latiny *re* -znovu, opět; *educatio* – výchova) je soubor metod, které se přímo zaměřují na nápravu, rozvoj a zlepšení narušených či nerozvinutých funkcí. Cílené působení na nápravu funkce ovlivňuje i psychický stav jedince. Vytvářený pozitivní psychologický postoj k vlastní vadě i k prostředí příznivě ovlivňuje zpětnovazebními okruhy i tu funkci, která se stala předmětem výchovné péče.³ V rámci reedukace se rozlišuje přístup monosenzoriální (z *monos* = jeden, *sensus* = smysl) zaměřující se pouze na rozvoj narušených funkcí, a přístup multisenzoriální (*multus* = mnohý), který pro nápravu využívá i pomocných prostředků v podobě dalších funkcí. V současné době se

² RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 16.

³ SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha : SPN, 1986. s. 31.

upřednostňuje přístup multisenzoriální, protože vnímání je komplexní proces, jehož prvky jsou vzájemně spjaty a neustále se ovlivňují.

Kompenzace (z latiny *compensatio* = vyvážení, vyrovnání) je soubor speciálněpedagogických metod, které se zaměřují na zlepšení výkonnosti jiných funkcí než těch, které jsou narušené. Soustředí se na náhradu postižených funkcí rozvíjením funkcí neporušených. Kompenzační funkci u jedinců se smyslovými vadami plní posílení, zdokonalení nepostižených smyslů, u nevidomých především hmat a sluch, u neslyšících zrak.

Rehabilitace (z latiny *re* = znovu, opět, *habilitas* = způsobilost, schopnost) navazuje na předchozí postupy a představuje souhrn metod, které pomáhají osobě s postižením překonat důsledky defektu, začlenit se do společnosti intaktních jedinců a upravit jeho společenské i pracovní postavení. Rehabilitace se již nezaměřuje pouze na biologické aspekty, ale spíše na sociální vztahy. Jedná se o komplexní proces, který vyžaduje spolupráci odborníků z různých oborů (lékař, psycholog, sociální pracovník). Rehabilitační metody jsou součástí tzv. komprehensivní rehabilitace, která zahrnuje 8 složek (Renotírová, 2006) – léčebnou, výchovně-vzdělávací, pracovní, sociální, psychologickou, technickou, právní a ekonomickou.

2. Obecné pojmy

2.1 Vada, postižení, handicap

Pro lepší orientaci a pochopení je nezbytné hned v úvodu vymezit několik pojmů, které se v oblasti speciální pedagogiky vyskytují. Předmětem oboru je člověk s postižením, u něhož se objevila vada či porucha. Často se užívá také pojem handicapovaný jedinec, jedinec s handicapem. Ačkoliv by se pojmy mohly na první pohled zdát jako synonyma, opak je pravdou. Pojmy jsou definovány v Mezinárodní klasifikaci vad, postižení a handicapů ICIDH (WHO, 1980)

Vada, porucha, defekt (impairment) je narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce.⁴ Klasifikace vad a poruch je medicínsky orientovaná. Vady dělíme podle typu, intenzity, doby vzniku a druhu.

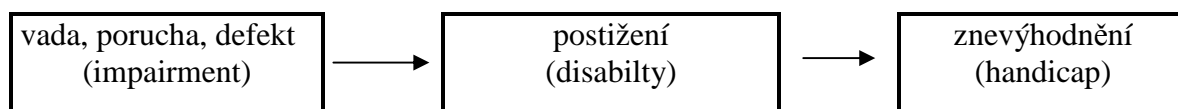
- Podle typu - orgánové (postihují orgány nebo jejich části)
 - funkční (porucha funkce orgánu bez jeho zjevného poškození)
- Podle intenzity - lehké
 - střední
 - těžké
- Podle doby vzniku - vrozené
 - získané
- Podle druhu – pohybové, zrakové, sluchové, řečové, mentální postižení, poruchy chování, parciální postižení, kombinovaná postižení

⁴ SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. [s.l.] : Grada, 2008. s. 26.

S pojmem defekt souvisí pojem defektivita, které je podle Sováka poruchou integrity člověka s defektem. Projevuje se narušením společenských vztahů mezi postiženým jedincem a jeho okolím, vztahu k sobě samému. K defektivitě dochází v případě, že jedinec neadekvátně reaguje na své postižení. Z toho vyplývá, že ne každý jedinec s postižením trpí i defektivitou. Zde je nutné podotknout, že ve současné době se pojem jedinec s defektem (defektní jedinec) téměř nevyskytuje a jsou upřednostňovány pojmy jiné.

Postižení (disability) znamená omezení nebo ztrátu schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.⁵

Znevýhodnění (handicap) se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.⁶ Handicap je úzce spojen se společenským prostředím, ve kterém se jedinec s postižením právě nachází a jeho míra se může v různých prostředích lišit. Mezi pojmy vada, postižení a handicap můžeme zaznamenat vzájemný vztah vyjádřený následujícím schématem.



Pojmenování člověka s postižením prochází vývojem. V minulých dobách se běžně užívalo pojmů, které mají v dnešní době pejorativní nádech (např. mrzák, zmrzačelý, apod.). V současnosti se nejčastěji setkáme s označením jedinec s postižením, handicapem. V rámci výchovně vzdělávacího prostředí se užívá termínu jedinec se specifickými vzdělávacími potřebami.

⁵ SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. [s.l.] : Grada, 2008. s. 27.

⁶ Tamtéž

2.2 Socializace

Každý člověk má své potřeby. Jsou to potřeby biologické, psychologické a sociální. Jejich uspokojování je předpokladem pro maximálně možný rozvoj osobnosti a začlenění se do okolního prostředí. Proces začleňování se nezývá socializace a je cílem veškeré speciálněpedagogické aktivity konané vůči postiženému jedinci.

Rozlišujeme 4 stupně socializace závislé na úspěšnosti začlenění jedince⁷:

1. **integrate** (z lat. *integer* – začlenění) vyjadřuje úspěšné a de facto bezproblémové začlenění postižených jedinců do pracovního a společenského prostředí bez potřeby dalších zvláštních opatření (úlev, výhod, individuální pomoci aj.)
2. **adaptace** (z lat. *adaptatio* – přizpůsobení) jedná se o poměrně úspěšné začlenění postiženého člověka do společnosti intaktních, která však musí být jeho potřebám přizpůsobena
3. **utilita** (z lat. *utilis* – potřebný, užitečný) – jde o tzv. sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, která představuje jeho zařazení do společensky užitečné práce za předpokladu celoživotní společenské ochrany a pomoci
4. **inferiorita** (z lat. *inferior* – nižší) vyjadřuje sociální nepoužitelnost, segregaci. Není možné začlenění postiženého jedince do běžného společenského prostředí a do pracovního procesu pro velmi těžké. Většinou vícenásobné postižení. Sociální vztahy jsou nevytvořeny, resp. zcela ztraceny.

Jiné dělení uvádí WHO (Světová zdravotnická organizace). Z dělení vychází Jesenský a stanovuje 9 stupňů socializace

⁷ RENOTIÉROVÁ, Marie, LUDÍKOVÁ, Libuše. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 22

Plná integrace

1. sociálně integrovaný jedinec – plná účast ve všech společenských činnostech

Vysoká integrace

2. inhibovaná účast – mírné omezení v plné účasti způsobené postižením
3. omezená účast – osoby se plně neúčastní obvyklých společenských činností kvůli negativnímu vlivu postižení na jejich soukromý život, manželství, sexuální život atd.

Středně vysoká integrace

4. zmenšená účast – neschopnost navazovat náhodné kontakty

Nízká integrace/nízká segregace

5. ochuzené vztahy – omezení ve fyzickém, sociálním nebo psychickém vývoji bez tendencí ke zlepšení
6. redukované vztahy – vztahy jen k vybrané a omezené skupině lidí
7. narušené vztahy – neschopnost udržet trvalejší vztahy z důvodu změn chování

Středně vysoká segregace

8. odcizení – nezájem o sociální vztahy

Vysoká segregace

9. společenská izolace – neúčast na společenských činnostech

2.3 Integrace, inkluze

V oblasti speciální pedagogiky se často setkáváme s pojmy integrace a inkluze. Ač by se mohlo zdát, že se jedná o synonyma, existují zde drobné rozdíly, které nejsou na první pohled patrné. Mnoho autorů výrazy neodlišuje. Integrativní vzdělávání je podle pedagogického slovníku charakterizováno „přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout i žákům

s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby. V zahraničí je rozšířeno, od počátku 90. let se postupně uplatňuje i v ČR. Má různé stupně: od oddělených speciálních tříd na běžné škole až po individuální zařazení žáka do libovolné školní třídy... Děti a žáci se zdravotním postižením mohou být integrováni (začleňováni) do běžných tříd mateřské, základní nebo střední školy. Podmínkou integrace je zajištění odborné speciálněpedagogické péče pro tyto děti, diagnostický posudek na žáka zpracovaný SPC nebo PPP, případně další odborné posudky. Školy s integrovanými žáky mají nárok na finanční příspěvek, stanovený podle konkrétních potřeb integrovaných žáků a určený výhradně mzdové prostředky učitelů a jiných pracovníků podílejících se na vzdělávání těchto žáků, na pořizování speciálních učebnic a pomůcek. Školám s integrovanými žáky se doporučuje úzká spolupráce s rodiči a organizacemi.“⁸

Snahou všech speciálněpedagogických podoborů je integrace jedince s postižením do adekvátní reality. Integrativní snahy vychází z analýzy OECD, která popsala 4 modely⁹

1. **Medicínský model** vychází z biologických příčin. Cílem medicínsky orientované péče je překonání a léčba postižení. Speciálněpedagogické péče se odehrává ve zvláštních zařízeních a poté dochází k neintegraci dítěte do běžné školy. Toto pojetí nevyžaduje změnu systému škol, ale požaduje po dítěti přizpůsobení se stávajícímu systému.
2. **Sociálně patologický model** předpokládá původ integračních obtíží v sociální sféře. Postižení jsou v tomto smyslu sociálně nepřizpůsobiví a musí být pomocí speciální terapie adaptováni.

⁸ PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 2003.

⁹ MUHLPACHR, Pavel. Axiologická a normativní dimenze integrace. In VÍTKOVÁ, Marie, et al. *Integrativní speciální pedagogika : Integrace školní a sociální*. Brno : Paido, 2004. s. 16.

3. **Model prostředí** řeší otázku, jak by se měla škola změnit ve prospěch žáků s postižením. Integrace vyžaduje materiální a personální vybavení stejně jako vytvoření sítě speciálních škol
4. **Antropologický model** zdůrazňuje lepší interpersonální interakci, respektování identity a jedinečnosti postiženého jedince. Jeho role je silně ovlivněna postojem žáků a učitelů.

Inkluzivní škola je podle pedagogického slovníku „škola vytvářející prostor pro realizaci principu spravedlivých vzdělávacích příležitostí. Je vstřícná pro všechny děti, respektuje odlišnosti (etnické, jazykové, náboženské, fyzické, aj.), které jsou vnímány jako zdroj inspirace pro kvalitnější vzdělávání všech“¹⁰

„Termín *inkluze* je proti termínu *integrace* chápán v širším významovém i aplikačním smyslu. Integrace reflektuje snahy o umístění žáků se speciálními vzdělávacími potřebami doprostřed hlavního vzdělávacího proudu. Integrace je často chápána jako reintegrace, která následuje po období segregace.“¹¹ Inkluzivní přístup je charakteristický přirozeným začleňováním jedinců s postižením do běžné společnosti. Pokud to není nezbytně nutné, neuvítají se pro začlenění žádné speciální prostředky a postupy.

V diskuzi o tom, zda jsou pojmy integrace a inkluze shodné, se kloním k názoru, že nikoliv. Integrace v sobě nese přizpůsobování se okolí dítěti s postižením, hlavní důraz se klade na něj. Inkluze zahrnuje všechny zúčastněné bez rozdílu. Cílem je spokojenost všech. Integraci vidím jako jakýsi předstupeň pro inkluzivní vzdělávání, které je však zatím v našem prostředí nedosažitelné.

¹⁰ PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 2003.

¹¹ VÍTKOVÁ, Marie. Legislativní rámec pro integrativní/inkluzivní výchovu a vzdělávání. In VÍTKOVÁ, Marie, et al. *Integrativní speciální pedagogika : Integrace školní a sociální*. Brno : Paido, 2004 str. 20

3. Somatopedie

Somatopedie je obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným postižením, nemocí či zdravotním oslabením. Jako vědní a studijní obor vznikla somatopedie v roce 1946, kdy bylo zavedeno vysokoškolské studium učitelů na pedagogických fakultách. Původním názvem oboru byla defektologie ortopedická. Současný termín se používá od roku 1956. Zavedl ho František Kábele (1913-1998). V porovnání s ostatními podobory speciální pedagogiky, zvláště logopedií a surdopedií, je somatopedie mladším oborem. Počátky péče o výchovu a vzdělávání tělesně a zdravotně postižených byly ovlivněny myšlenkou, že tělesné postižení není tak často kombinováno s postižením mentálním jako je tomu u jedinců se smyslovými vadami, tudíž se mohou osoby s tělesným postižením vzdělávat v běžných školách pouze s některými úpravami. Mohlo by se zdát, že za tohoto předpokladu by se výchova a vzdělávání tělesně a zdravotně postižených žáků stala součástí obecné pedagogiky. „Tento názor je však mylný, neboť specifická výchova a vzdělávání tělesně a zdravotně postižené mládeže netkví především v obsahu a rozsahu učiva, nýbrž mnohem výrazněji ve zvláštnostech vnitřních i vnějších podmínek, ve kterých výchova a vzdělávání probíhají, tj. v tělesném a zdravotním postižení, zejména v omezených pohybových možnostech žáků, na druhé straně pak ve zvláštnostech prostředí a režimu ústavů pro tělesně postiženou mládež, dětských nemocnic, léčeben a ozdravoven, kde jsou žáci nejen vyučováni, ale současně (a někdy především) léčeni a kde výchovně vzdělávací režim musí být koordinován s léčebným režimem a v mnoha případech tomuto režimu podřízen.“¹² Je tedy nutné vzdělání učitelů nejen v oblasti speciálních didaktických metod a pomůcek, ale také v oblasti konkrétních tělesných a zdravotních postižení a specifík s ním souvisejících. Budoucí učitelé a

¹² KÁBELE, František, et al. *Somatopedie : Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha : Univerzita Karlova, 1993. s. 7-8.

vychovatelé by se tak neměli orientovat pouze v oborech obecné a speciální pedagogiky, ale měli by mít znalosti i ze základů věd lékařských. Je nutné, aby získali vědomosti především v oblasti somatologie, která se zabývá stavbou a funkcí lidského těla, biologie dítěte a neurofyzologie, jež popisuje činnost nervové soustavy. Tyto znalosti jsou důležité pro pochopení celistvosti lidského těla. S výše uvedenými obory pak souvisí další disciplíny somatopatologie a neuropatologie, které popisují poruchy tělesných a nervových funkcí. Další disciplíny, jejichž základy je nutné znát pro výchovu a vzdělávání tělesně a zdravotně postižených jedinců, jsou pediatrie, dětská ortopedie, neurologie, psychiatrie, obecná, vývojová a pedagogická psychologie a psychopatologie. „Kineziologie seznamuje s fyzikálními i biologickými zákonitostmi pohybu lidského těla za obvyklých i mimořádných podmínek. Tím umožňuje pochopit i podstatu a příčiny poruch hybnosti, mobility nebo snížených pohybových schopností tělesně postižených, nemocných a zdravotně oslabených žáků a vytvářet podmínky a předpoklady k usnadnění jejich pohybové činnosti. Ortopedická protetika podává poznatky o základních principech a konstrukci protéz, ortopedických přístrojů a pomůcek a o odstraňování architektonických zábran (bariér), které činí překážky v pohybu tělesně postižených a nemocných osob. Tyto znalosti jsou nezbytné pro učitele tělesně postižených a nemocných žáků, aby jim mohly pomáhat při používání a úpravě těchto pomůcek v průběhu vyučování.“¹³

3.1 Klasifikace somatických postižení (volně dle Novosada, 2002)

Společným znakem jedinců s tělesným postižením je částečné nebo celkové omezení hybnosti, které se dá rozdělit na primární a sekundární. Primární

¹³ KÁBELE, František, et al. *Somatopedie : Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha : Univerzita Karlova, 1993. s. 10

postižení hybnosti spočívá v přímém postižení pohybového aparátu nebo centrální či periferní nervové soustavy. Sekundární postižení hybnosti vzniká nepřímo v důsledku nemoci či zdravotního oslabení. Novosad (2002) uvádí dvě hlavní skupiny somatického postižení:

1) **chronické onemocnění, dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav** má za následek sekundární postižení hybnosti. Jedná se o oslabení organismu, které omezuje každodenní výkonnost člověka a vyžaduje určitou životosprávu. Do této skupiny patří především

- kardiovaskulární onemocnění – srdeční vady a poruchy cévního systému
- onemocnění plic a dýchacích cest – například průduškové astma, srdeční astma, cystická fibróza, plicní tuberkulóza
- poruchy imunity – alergie, AIDS (syndrom získané imunodeficiency)
- poruchy metabolismu (přeměny látek) – diabetes mellitus, osteoporóza, rachitis, fenylketonurie, hormonální poruchy
- nádorová onemocnění
- epilepsie neboli záchvatovité onemocnění mozku vyvolané bioelektrickými výboji v určitých částech mozku
- kožní onemocnění – ekzém, lupénka

2) **tělesné postižení** má za následek primární postižení hybnosti, které může být způsobeno poškozením nebo poruchou funkce nosného a pohybového aparátu, centrální či periferní nervové soustavy nebo amputací či deformací části pohybového aparátu. Tyto poruchy mohou být vrozené nebo získané. Rozlišujeme tři hlavní kategorie – obrny, deformace a amputace.

- **Centrální obrny a závažná neurologická onemocnění** jsou způsobeny poškozením centrální nervové soustavy (CNS), které vzniká před porodem (prenatálně), během porodu (perinatálně) nebo v průběhu života vlivem

nemocí či úrazů, nejčastěji úrazů hlavy, zlomeniny páteře s následným poškozením míchy, zánětu mozku (encefalitida) nebo obalů mozkových (meningitida), otravy, mozkové cévní embolie či metabolických poruch. Do této kategorie se řadí **dětská mozková obrna (DMO)**, které je věnována následující kapitola, dále **roztroušená skleróza mozkomíšní** (skelrosis multiplex, RS) způsobená rozpadem myelinového obalu nervových vláken a narušením přenosů jednotlivých nervových vzruchů. Původ RS je dosud neznámý, avšak je dokázáno, že určitou roli sehrávají autoimunitní procesy. Jedná se o progresivní onemocnění, jehož léčba je zaměřená na zmírnění obtíží a zpomalení rozvoje nemoci. **Parkinsonova choroba** je způsobena metabolickými poruchami v mozku, projevuje se třesem, svalovou ztuhlostí, sníženou pohybovou aktivitou, poruchami řeči a obtížemi s chůzí a udržováním rovnováhy. **Infekční obrna** (poliomyelitida) je virové onemocnění, jež má za následek periferní ochrnutí. V českých zemích se od zavedení povinného očkování v 60. letech situace výrazně zlepšila, v současné době však hrozí nebezpečí zvýšení výskytu této nemoci, protože povinné očkování bylo zrušeno a v naší zemi žijí emigranti ze zemí, kde nebylo očkování zavedeno. Velkou skupinu centrálních obrn tvoří **obrný traumatické** způsobené úrazem s následkem poranění mozku nebo míchy. Při poranění mozku rozlišujeme otřes (komoce), zhmoždění (kontuze) a stlačení (komprese). Důsledky poškození jsou různé, přímo závislé na oblasti poškození – může dojít k narušení hybnosti končetin a motorické koordinace, ke ztrátě kontroly vyměšování a pohlavních funkcí, poruchám řeči a kognitivních funkcí, poruchám oběhového a dýchacího systému. Dalšími zástupci této kategorie jsou **degenerativní mozková onemocnění** či **cévní mozkové příhody**.

- Obrny periferní postihují pouze jednotlivé periferie (končetiny, svaly, obličej). Vyskytují se ve dvou podobách – paréza je částečné ochrnutí, u něhož je možná náprava poruchy, zatímco plegie je úplné ochrnutí, u něhož se náprava nepředpokládá, naopak je spojena s úbytkem svalstva a celkovou deformitou postižené části těla. Periferní obrny mohou být způsobeny

hlubším poraněním či zánětem, operačním případně léčebným poškozením, úrazem nebo nervosvalovým onemocněním.

- Deformace se dělí na vrozené s získané. Nejčastějšími vrozenými deformacemi jsou malformace a amélie či dysmélie končetin. Malformace (z latiny *malus* = zlý, špatný; *forma* = podoba) jsou vývojové vady střední závažnosti, které se většinou dají léčebně ovlivnit. Amélie (z řečtiny *a-* = předpona označující chybění nebo zápor; *melos* = úd) je vrozené nevyvinutí končetin či jiných částí těla. Rozlišujeme různé formy – amélie (chybění celé končetiny), peromelie (chybění části paže), fokomelie (deformita horních končetin, kdy jsou paže a předloktí nevyvinuté a ruka nasedá přímo na hrudník), mikromelie (zkrácení končetin) a syndaktylie (vrozený srůst prstů na rukou nebo nohou). Dalšími deformacemi jsou vrozené chybění dlouhých kostí, vývojové anomálie kloubů, svalové kontraktury (zkrácení a ztuhlost svalových vláken omezující hybnost), vrozené vykloubení kyčlí, rozštěpy nebo látkově podmíněné změny struktury kostí.

Mezi získané deformace patří vadné držení těla a patologické odchylky v zakřivení páteře (patologická kyfóza, patologická lordóza, skolióza - vybočení páteře do stran), svalové hypertrofie a myopatie neboli poškození či úbytek svalových vláken, aseptické kostní nekrózy způsobené poruchou krevního oběhu (nejznámější je Perthesova choroba postihující hlavici kyčelního kloubu), zánětlivé onemocnění pohybového aparátu – artritidy, tuberkulóza kostí a kloubů, artrózy.

- Amputace je operativní oddělení části těla, nejčastěji končetiny nebo její části, většinou se jedná o nevratný zásah řešící důsledky úrazu nebo onemocnění (časté u diabetes mellitus). V případě amputací se dá ztráta končetiny alespoň částečně nahradit formou protéz.

3.2 Významné osobnosti somatopedie

Ačkoliv je obor somatopedie relativně mladou disciplínou, můžeme se zde setkat s řadou významných odborníků, kteří značně přispěli k rozvoji systému péče o tělesně postižené jedince. Mezi nejznámější patří bezesporu prof. MUDr. Rudolf Jedlička, jehož jméno je nerozlučně spjato s prvními institucemi komplexně pečujícími o tělesně postiženou mládež. Jedličkův ústav v Praze na Vyšehradě byl otevřen 1. dubna 1913 a přes 40 let provozován Spolkem pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků v Praze. Druhý ústav nesoucí jméno profesora Jedličky se nachází v Liberci, kde byl vybudován z původního německého Gottsteinova ústavu, který vznikl roku 1910. Já bych však ve své práci chtěla popsat přínos dalších dvou pedagogů, jejichž jména nejsou tak všeobecně známá, ale význam, který mají pro obor somatopedie je nezpochybnitelný. Obě osobnosti jsou také spojovány s Jedličkovým ústavem, protože část svého života strávili jako ředitelé této instituce. Jedná se o Františka Bakule a Augustina Bartoše.

3.2.1 František Bakule (1877-1957)

František Bakule se narodil v malé vesničce Lidmovice nedaleko Bosňan. Roku 1892 odešel studovat do Ústavu pro vzdělávání učitelů v Příbrami a roku 1897 se stal učitelem navzdory nesouhlasu svých rodičů. Ve svých začátcích působil ve vesnických školách u Brna, u Kladna a na Malé Skále. Byl přívržencem tzv. nové výchovy, která odmítala v té době zavedený herbartismus, jenž se vyznačoval především přísností a autoritářstvím učitele, tvrdou kázní a pasivním mechanickým memorováním učiva bez jakékoliv aktivní snahy ze strany žáků. Proudové nové výchovy zdůrazňovaly jiný přístup k dítěti založený na plném respektování jeho osobnosti jako právoplatného jedince s individuálními potřebami a zájmy. Postava učitele pak měla za úkol svým pochopením, láskou a trpělivostí tuto osobnost pomáhat rozvíjet správnými podněty. Bakule se o nové pojetí výchovy velmi zajímal nejen teoreticky konzultacemi s významnými

pedagogy, ale především prakticky přímo ve škole, kde si tvořil svůj vlastní systém výchovy a vzdělávání na základě osobních zkušeností.

Významnou událostí jeho života bylo seznámení se s Rudolfem Jedličkou. Stalo se tak v říjnu 1912 na mezinárodním sjezdu elektrologie a radiologie v Praze, kam byl Bakule pozván s dětským pěveckým sborem. Jedlička nabídl Bakulovi místo prvního ředitele ústavu (a jeho školy) pro zmrzačené děti v Praze na Vyšehradě, který zahájil svou činnost v dubnu 1913. Bakule jako ředitel absolvoval řadu studijních cest do zahraničí, kde se seznamoval s přístupy ve výchově v podobných zařízeních a na jejich základě vytvořil vlastní výchovný plán založený především na fyzické práci a volnosti. Kladl důraz na posilování sebedůvěry a zvyšování sebevědomí žáků, snažil se o to, aby se svěřené děti naučily co největší samostatnosti v rámci svých možností. Zavedl ve škole řadu pracovních oborů, takže se tělesně postižení žáci mohli rozhodnout, zda se budou věnovat ručním pracím, košíkářství, zpracování kůže, truhlářství nebo vázání knih. Veškerá výchova a vzdělávání vyplývaly ze skutečných životních potřeb a zájmů. Zavedl princip volné kázně. Založil i dětskou samosprávu, ve které se společně se staršími dětmi radil, diskutoval a zvažoval jejich návrhy a připomínky.

Důležitým prvkem výchovy byla její estetizace. Zdůrazňoval význam uměleckých předmětů (hudební a výtvarná výchova, dramatizace). Učil žáky poznávat krásu v přírodě i uměleckých dílech. Podporoval jejich citové vztahy k lidem, zvířatům i věcem. Roku 1917 vzniklo na jeho podnět Dětské výrobní družstvo, jehož členové, chovanci ústavu, samostatně organizovali nákup materiálu, administrativu i prodej vlastních výrobků.

Ačkoliv bylo družstvo jakýmsi vyvrcholením Bakulova praktického přístupu ve vzdělání, bylo mu vytýkána nesystematičnost ve vzdělání. Výuka neprobíhala podle osnov, ale vycházela z aktuálních potřeb a zájmů svěřenců. Stávalo se, že se Bakule dostal k výuce trivia až po roce praktické práce a to se nelíbilo jeho nadřízeným. Konflikt vyvrcholil Bakulovým nuceným odchodem

z pozice ředitele Jedličkova ústavu i přes doporučující odborný posudek. Na protest s ním z ústavu odešlo 12 svěřenců a později založili Bakulův ústav pro výchovu životem a prací, kde pokračoval ve vzdělávání podle vlastních představ. V novém období svého života dokázal obdivuhodným způsobem spojit život a zájmy dětí tělesně postižených s dětmi zdravými, kterých se ujal zejména na pražských předměstích. Stal se v podstatě prvním naším pedagogem, který v praxi realizoval myšlenku integrace obou skupin dětí.¹⁴ Významným prvkem výchovy se stal sborový zpěv a v této době vznikl světoznámý pěvecký sbor „Bakulovi zpěváčci“, který se svým repertoárem vystupoval úspěšně i v zahraničí. V Bakulově ústavu byly vybudovány rukodělné dílny, umělecký ateliér a chovanci se tak mohli rozhodnout, kterému oboru se vyučí (krejčí, modista, truhlář, řezbář, zahradník,...). Jeho pojetí výchovy bylo kladně přijímáno zejména v zahraničí (Francie, Švýcarsko), u nás mu nepřály oficiální instituce. Především překážky, které mu kladly a také špatná existenční situace a přepracovanost byly důvodem Bakulova rozhodnutí vzdát se roku 1933 vedení ústavu. Roku 1939 pak byla činnost ústavu oficiálně ukončena. V tomto období se Bakule věnuje literárnímu zpracování svých pedagogických zkušeností. Během 2.světové války žil na venkově v ústraní. V roce 1945 se vrátil do Prahy, avšak vzhledem ke změně politického režimu mu nebylo dovoleno publikovat svá díla. Zemřel roku 1957 v Praze. V roce 1998 vyšla vzpomínková kniha, sepsaná jeho přítelem Paulem Faucherem. Nestačil ji však dokončit. Dílo zkompletoval jeho syn Francois Faucher pod názvem „Une pedagogie de la vie pour la vie – František Bakule“

3.2.2 Augustin Bartoš (1888-1969)

Augustin Bartoš se narodil 29. 2. 1888 v Červeném Kostelci. Od dětství byl poznamenán osteomyelitidou, bolestivým hnisavým onemocněním levého

¹⁴ RENOTIÉROVÁ, Marie. František Bakule, český pedagog tělesně postižených dětí : Připomínka jeho nového pohledu na výchovu. *Speciální pedagogika*. 2007, 1-2, s. 158.

hlezenního kloubu, které ho provázelo celým jeho životem . Do školy chodil o berlích, později o holi. Svá studia na učitelském ústavu v Hradci Králové ukončil maturitou s vyznamenáním a stal se výpomocným učitelem na školách v Hradci Králové, v Nechanicích, v Práskačce a v Suché.

Během své školní praxe věnoval velkou pozornost ručním pracím. V roce 1912 referoval na učitelské konferenci v Hradci Králové, že ruční práce mají být jedním z principů vyučování a školní výchova má být především přípravou k praktickému životu. Počátkem roku 1919 přebíral v Jilemnici vedení ústavu pro mravně vadné dívky. Před koncem června 1919 byl odvolán k pořádání prázdninových kurzů ručních prací a do Jilemnice se již nevrátil. Do konce roku 1919 působil v ústavu pro slabomyslné v Hradci Králové. V té době byl odvolán z funkce ředitele Jedličkova ústavu František Bakule. Pozice byla nabídnuta právě Bartošovi. Přijal ji a v Jedličkově ústavu působil dlouhých 25 let (1920-1945). Reorganizoval provoz Jedličkova ústavu, odvážil se k propuštění nadbytečných úředníků a pomocných zaměstnanců. Považoval za nepřípustné, aby z prostředků určených na péči o tělesně znevýhodněné svěřence byli placeni zdraví zaměstnanci. Povznesl tento ústav na institut speciální pedagogiky světové úrovně. V roce 1923 vzrostl počet chovanců z původních 13 na 135 dětí.

Během svého působení kladl důraz na výuku ručních prací nejen dívek, ale i chlapců. Zřídil další dílny – truhlářskou na nábytkové a stavební práce, krejčovskou, knihařskou, vyšivačskou na vyšívání praporů, standart, vlajek a stuh pro imobilní dívky, dílnu kobercovou a knihkupectví pro imobilní chlapce. Největšího úspěchu, dokonce i v zahraničí, dosáhla dílna kobercová, jejíž dva výrobky byly oceněny v mezinárodní soutěži. Dalším významným krokem k rozvoji péče o tělesně postiženou mládež bylo zavedení vyučování do ústavní nemocnice, kam učitelé nejprve docházeli. Roku 1928 byla oficiálně zřízena škola při nemocnici v Jedličkově ústavu se stálými zaměstnanci. Z pedagogického pohledu Bartoš zdůrazňoval vlastní aktivitu a tvořivost dětí, individuální přístup a vedení k co největší míře samostatnosti. Školní výchova a vzdělávání vycházely

ze studia praktického života dítěte a z výsledků práce je patrné, že i tělesně postižené děti se mohou vzdělávat a uplatnit v oborech, ve kterých jim do té doby vzdělání nebylo umožněno. Jedním z nejdůležitějších prostředků Bartošovy koncepce vzdělávání byl automobil, který pomáhal rozvíjet poznání žáků, což popsal ve svém díle *Automobil vychovatelem* (1931). Aktivitu, které nabízel a propagoval pro rehabilitaci dětí s postižením si můžete prohlédnout v příloze 1. Své zkušenosti předával i na mezinárodních konferencích (Ženeva, Haag, Vídeň, Budapešť) a díky němu se dostalo Jedličkově ústavu mnoha ocenění domácích i zahraničních.

Augustin Bartoš působil jako ředitel v Jedličkově ústavu v Praze až do roku 1945, kdy jej opustil a přijal funkci inspektora Městského školního výboru v Praze. V letech 1949-1951 zastával funkci lektora defektologie na Pedagogické fakultě Karlovy univerzity.

Je patrné, že Bakule a Bartoš sehráli významnou roli v oblasti péče o tělesně postižené jedince. Jejich v té době nadčasové myšlenky byly bohužel nedocenené a na dlouhou dobu byly zapomenuty. Stalo se tak, že se na začátku 90. let 20. století znovu vyvíjely teorie integrace či nových metod výuky pro tělesně postižené. Stačilo se však podívat do minulosti a inspirovat se idejemi (nejen) těchto dvou osobností, které podle mého názoru zaslouží velký obdiv a úctu za to, že se nenechaly odradit vnějšími často dost nepříjemnými okolnostmi a dokázaly prosadit svoje koncepce a principy ve výchově a vzdělávání tělesně postižené mládeže.

4. Dětská mozková obrna (DMO)

4.1 Obecná charakteristika

Dětská mozková obrna patří mezi nejčastěji se vyskytující neurovývojová onemocnění. Jedná se o neprogresivní, avšak ne neměnné postižení. Postihuje především pohybový systém. Jeho důsledky se však projevují i v dalších oblastech a to poruchami řeči, psychomotoriky, sníženými rozumovými schopnostmi a epileptickými záchvaty. Původní označení této nemoci, které začal roku 1952 používat zakladatel české dětské neurologie Ivan Lesný, bylo perinatální encefalopatie. Pojem dětská mozková obrna zavedl také Lesný roku 1959.

Diagnóza DMO se stanovuje většinou až po prvním roce života dítěte. Do té doby se klinický obraz nemoci teprve utváří. V prvním roce dítěte se v medicíně užívá termín centrální tonusová porucha (CTP) nebo centrální koordinační porucha (CKP). Konkrétní forma DMO se pak určuje na základě projevů a příznaků. Některé formy lze určit až kolem 3. – 4. roku. Obecně lze říci, že určit diagnózu DMO a následně i konkrétní formu je velice složité, neboť projevy této nemoci jsou velice rozmanité, jak ukazují také různá členění forem DMO v literatuře. DMO se objevuje u 1,5-2,5 na 1000 živě narozených dětí (Kraus, 2004).

4.2 Etiologie DMO

Příčiny DMO můžeme rozdělit podle doby vzniku do tří skupin – prenatalní (před porodem), perinatální (během porodu) a postnatální (po porodu, nejčastěji do 1 roku věku). Příčiny vzniku DMO se mohou kombinovat.

- Prenatální příčiny – asfyxie plodu (dušení způsobené obstrukcí dýchacích cest. U plodu se jedná o nedostatek kyslíku způsobující nedokrvění životně důležitých orgánů. Může mít za

následek trvalé poškození mozku), infekční onemocnění matky v prvním trimestru těhotenství nebo její nevhodný životní styl (kouření, konzumace alkoholu či jiných návykových látek, nevhodná životospráva)

- Perinatální příčiny – předčasný nebo protražovaný porod, útlak hlavičky dítěte nebo jeho přidušení během porodu, užití nadměrného množství anestetik
- Postnatální příčiny – úrazy hlavy, infekční choroby, dušení, novorozenecká žloutenka při Rh inkompatibilitě

4.3 Formy DMO (volně podle Vítkové)

4.3.1 Spastické formy DMO

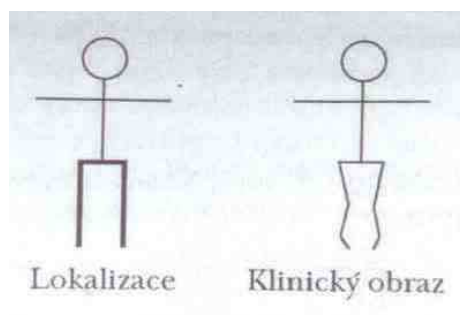
Spastické formy mají nejvyšší zastoupení, tvoří 61% z celkového počtu DMO. Projevují se trvale zvýšeným svalovým tonusem (napětím). Je následkem poruchy centrálního neuronu. Dále se dělí podle lokalizace postižení na diparézy, hemiparézy a kvadraparézy.

4.3.1.1 Diparéza

Diparetická forma DMO se řadí mezi nejpočetněji zastoupenou. Často se vyskytuje u předčasně narozených dětí s nízkou porodní hmotností. Postižení se projevuje částečnou obrnou dolních končetin. Horní končetiny nejsou zasaženy vůbec nebo minimálně (obr.1). Spastické jsou svaly stehna a bérce, což se projevuje nůžkovitou chůzí po špičkách. Kolena se třou o sebe. Pro spasticitu bérců je charakteristická chůze s pokrčenými koleny. Typická je vnitřní rotace dolních končetin. Viditelný je nepoměr mezi rozměrem trupu a dolních končetin. Jsou vzhledem k trupu kratší. Mobilita jedinců s diparézou je omezená, je možná s pomocí berlí a nebo s oporou druhé osoby. Renotiérová (2006) pak odlišuje ještě druhou formu diparézy, tzv. paukospastickou. Vykytuje se méně často. Chybí

překřížení dolních končetin, ale projevují se poruchy funkce mozečku – poruchy koordinace a cílených pohybů. Kognitivní vývoj je u většiny jedinců postižených diparézou v normě.

Diparéza vzniká jako důsledek poškození temenního laloku mozku, způsobeného nedostatečnou zralostí plodu při předčasném porodu, krvácení do mozku nebo asfyxie při komplikovaném porodu. Platí zde přímá úměrnost. Čím větší je oblast poškození mozku, tím větší je rozšíření diparézy. Většinou je poškození rozloženo asymetricky, což se následně projevuje silnějšími senzomotorickými výpadky na jedné nebo druhé straně. Jedná se zde o diparézu s pravou nebo levou orientací. U dítěte s diparetickým vývojem není v prvních měsících kromě snížené pohyblivosti téměř nic nápadného, protože pohyb hlavy (rotace) a rukou (uchopování) je jen málo opožděný a často dokonce odpovídá věku.¹⁵ První nápadné známky nesprávného vývoje se objevují v 6 měsících a v tuto dobu je velmi důležité zahájit včasnou terapii, od které se odvíjí prognóza. Čím dříve je terapie zahájena, tím lepší je prognóza pro dítě s postižením do budoucnosti, jelikož za těchto podmínek je léčení ve většině případů úspěšné.



Obrázek 1 Diparéza (převzato z Vítkové, 2006)

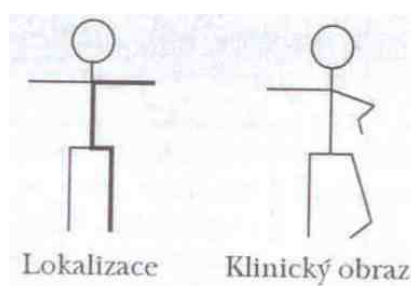
4.3.1.2 Hemiparéza

Hemiparéza se projevuje postižením horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, přičemž horní končetina bývá postižena výrazněji (obr.2). Obecně

¹⁵ VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. s.51

jsou končetiny na postižené straně kratší a slabší. Horní končetina je ohnutá v lokti, zatímco dolní končetina je napjatá tak, že jedinec našlapuje špičkou nohy. V rámci léčby je možné provést chirurgický zásah. Prodlouží šlachy nebo napraví deformaci kloubů a zlepší tak hybnost končetin. Hemiparéza je následkem peri nebo postnatálního poškození mozku. Často jsou přidruženy epileptické záchvaty. Děti s touto formou DMO však většinou navštěvují běžnou školu. Těžší formou je oboustranná hemiparéza, kdy jsou postiženy všechny čtyři končetiny. Jedinci takto postižení se nemohou pohybovat a jsou plně odkázáni na pomoc druhé osoby. Jejich prognóza není příznivá. Oboustranná hemiparéza vede ke kvadruparéze s tím rozdílem, že postižení horních končetin je výraznější.

Hemiparéza je důsledkem krvácení do mozku v oblasti postranních komor mozkové kůry, ke kterému dochází v průběhu porodu v případě, že je nepoměr mezi velikostí hlavičky dítěte a pánve matky. Poškození je výraznější na hlavě a horní končetině, takže poruchu vývoje lze spatřit již ve třetím měsíci. Ruka je sevřená v pěst s palcem v dlani. Kojenec zaujímá asymetrickou polohu tonického šíjového reflexu. Obličej je stále otočen ke zdravé straně a dítě tak ztrácí možnost rozvíjet a zlepšovat postiženou stranu. V 6 měsících dítě začíná uchopovat věci pouze do zdravé ruky a veškerá aktivita je směřována na zdravou část těla. Dochází k jejímu přetěžování. Později se může projevit různými ortopedickými vadami držení těla, např. skoliózou.

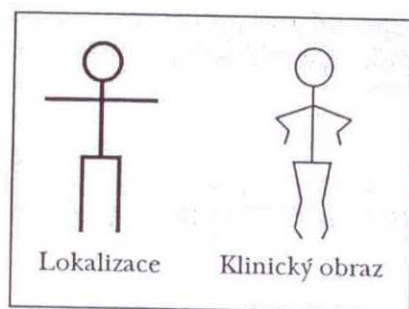


Obrázek 2 Hemiparéza (převzato z Vítkové, 2006)

4.3.1.3 Kvadraparéza

Kvadraparetická forma DMO se vyznačuje postižením všech čtyř končetin. Častěji bývá výraznější postižení končetin dolních (obr.3). Paže jsou ohnuté a ruka jednostranně natočena (tzv.pronace), většinou bývá zatnutá v pěst. Nohy jsou natažené nebo ohnuté s vnitřní rotací a chybným postavením. Patologické postavení mají i hlava a trup. Jsou zakloněné dozadu do oblouku v důsledku zvýšeného svalového napětí v oblasti zad a šíje. Mobilita a soběstačnost postižených je značně omezena. Často se přidružuje epilepsie a mentální postižení. Prognóza je nejméně příznivá ze všech spastických forem DMO.

Kvadraparéza je způsobena celkovým poškozením velkých částí senzomotorické oblasti kůry mozkové. Těžké formy kvadraparézy jsou rozpoznatelné již v novorozeneckém období, protože se projevují absencí primárních reflexů (sací, polykací,...). Středně těžká forma se projeví zhruba ve třetím měsíci. Dítě nezvedá hlavičku. Je zjevné patologické postavení končetin. Protože má dítě vrozenou potřebu pohybu, dochází k fixaci nesprávného postoje a tím i k pozdějším vadám. Je vážně narušena motorika ruky. Dítě s kvadraparézou nikdy nedosáhne úchopu celou rukou. Ruka je vytočena v zápěstí dolů a ven. Důsledkem patologického držení hlavy, ramen a trupu je vážně narušena i motorika úst, což se projevuje minimální aktivitou mimických svalů a často také tonickým otevřením úst, ze kterých neustále odtékají sliny z důvodu poruchy polykání.



Obrázek 3 Kvadraparéza (převzato z Vítkové, 2006)

4.3.2 Nespastické formy DMO

Nespastické formy DMO tvoří 27% z celkového počtu DMO a objevují se ve třech podobách – dyskineticko-dystonické, hypotonické a cerebelární formě.

4.3.2.1 Dyskineticko-dystonická forma

Pro tuto formu DMO, dříve nazývanou též extrapyramidová, jsou typické neovladatelné bezděčné mimovolní pohyby spojené s každým pokusem o záměrnou činnost. Mohou mít různý charakter od pomalých, vlnivých (atetotické), prudkých, drobných a nečekaných (choreatické) přes prudké, obvykle celou končetinou ve velkém pohybovém rozsahu (balistické) k drobným pohybům jednotlivých svalů (myoklonické) a tzv. lordotické dystonii. Projevuje se kroucením trupu kolem vertikální osy při chůzi. Pro postižení jsou charakteristické poruchy komunikačních schopností. Řeč bývá těžko srozumitelná, pomalá, s narušeným spádem. Ovlivněno je také dýchání s nepravidelnou hloubkou respirace.

4.3.2.2 Hypotonická forma

Forma hypotonická je charakteristická sníženým svalovým napětím. Projevuje se zvýšeným rozsahem pohybu v kloubech. Stává se, že se forma hypotonická kolem třetího roku věku dítěte změní na některou ze spastických forem DMO, případně na formu dyskinetickou. Téměř vždy se u takto postižených jedinců objevuje těžká mentální retardace.

4.3.2.3 Cerebellární (mozečková) forma

Mozečková forma se vyskytuje z již zmíněných forem DMO nejméně často. Vyznačuje se sníženým svalovým napětím a poruchami motorické koordinace. Bývá přidružena těžká mentální retardace.

4.3.3 Smíšené formy DMO

Ke smíšeným formám, tvořícím 12% z celkového počtu DMO, patří jak kombinace předešlých forem – dyskinetické se spastickými, tak i kombinované vady, které se vyznačují kromě postižení hybnosti dalšími přidruženými vadami – postižení smyslů nebo mentální retardace.

4.4 Přidružené problémy DMO

Dětská mozková obrna se vyznačuje především postižením hybnosti jedince. Protože ji způsobuje poškození mozku, objevuje se v kombinaci s dalšími poruchami. Mezi ně nejčastěji patří lehká mozková dysfunkce, poruchy řeči, mentální retardace a epilepsie.

4.4.1 Lehká mozková dysfunkce (LMD)

„Lehká mozková dysfunkce (LMD) je označení pro řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchyľují od běžné normy. Jeví se tak jako nezvyklé, nápadné a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadnosti a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita nebo hypoaktivita, nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivita, překotnost, výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.)“¹⁶ V současné době se však objevují a upřednostňují jiná označení této poruchy, jedná se o ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder – syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou) a ADD (Attention Deficit Disorder – syndrom poruchy pozornosti). Vzhledem k projevům daných poruch objevují se tyto ve spojitosti se specifickými poruchami učení.

¹⁶ SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. s. 131.

4.4.2 Poruchy řeči

Výchovou a vzděláním jedinců s narušenou komunikací se zabývá podobor speciální pedagogiky logopedie. Poruchy řeči se dělí na dominantní a symptomatické. Jsou důsledkem jiného dominantního postižení (DMO, mentální retardace,...). DMO má za následek poruchu hybnosti, což se týká i hybnosti mluvních orgánů. U dětí s DMO tak lze sledovat opožděný vývoj řeči, v případě těžších forem pak omezení vývoje. Vývoj řeči se již od kojeneckého období vyznačuje nejrůznějšími odchylkami v podobě narušeného sání a dýchání. Broukání je minimální, objevují se poruchy koordinace čelisti jazyka a rtů při žvýkání a polykání. Míra poruchy řeči je přímo závislá na rozsahu motorického postižení, celkovém tělesném stavu, intelektové úrovni a na prostředí, ve kterém dítě žije. „Nejčastějšími poruchami řeči při DMO jsou poruchy vzniklé na základě poruch hybnosti mluvních orgánů. Dítěti zabraňuje spasticita nebo nepotlačitelné mimovolní pohyby vytvářet správné hlásky. Často je postižena schopnost automatizace řeči, vytváření mluvních celků. Dítě artikuluje jednotlivé hlásky, slabiky, kratší slovo, nedovede však vytvořit věty.“¹⁷

Nejfrekventovanější formou poruchy řeči u dětí s DMO je dysartrie. Jedná se o narušenou schopnost artikulace jako celku. Způsobuje ji organické poškození mozku. Poruchy se vyskytují i v oblasti dýchání (respirace), tvorby hlasu (fonace), melodie, tempa a rytmu řeči (prozodie). Podle místa postižení CNS se odlišují různé typy dysartrie – korová, pyramidová, extrapyramidová, bulbární, cerebelární, smíšená.

¹⁷ KLENKOVÁ, Jiřina. Vývoj řeči u tělesně, mentálně a zrakově postižených dětí. In VÍTKOVÁ, Marie, et al. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2004. s. 125.

4.4.3 Mentální retardace (MR)

Mentální retardace (MR) je charakterizována jako vývojová porucha integrace psychických funkcí, ovlivňující všechny složky osobnosti daného jedince (složka duševní, tělesná a sociální), přičemž snížená míra rozumových schopností patří mezi nejvýraznější rysy a zahrnuje omezenou schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se požadavkům svého okolí (Procházková, 1998). Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.¹⁸

Termín MR zahrnuje širokou škálu různých stupňů postižení. Nelze tedy považovat mentálně retardované jedince za jednolitě společenství projevující se identickými znaky. Existují různá hlediska, podle kterých je možné MR dělit. Prvním z nich je **doba vzniku**, kdy na základě vývojového období, v němž mentální postižení vzniklo, rozlišujeme

- vrozenou mentální retardaci (dříve oligofrenie), která má vrozený a dědičný podklad;
- získanou mentální retardaci (dementia), jež vznikla v pozdějším vývoji jedince, zhruba po 2.roce věku
- stařeckou demenci

Mentální retardace je tedy trvalý stav snížené úrovně rozumových schopností, vzniklý na základě organického poškození mozku. Z toho vyplývá, že se nejedná o nemoc, která by se dala léčbou uzdravit. Trvalost je významným znakem MR a ačkoliv dle Švarcové (2001) z výsledků výzkumů i ze současných zkušeností speciálního školství vyplývá, že vhodným pedagogickým působením je možné v mnoha případech mentálního opoždění dosáhnout výrazného zlepšení, není možné tento stav ovlivnit natolik, aby se vyrovnal normě.

¹⁸ ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2004. str. 24

Dalším kritériem dělení je **druh chování**, podle kterého rozlišujeme

- typ eretický (neklidný)
- typ torpidní (netečný)

Nejběžněji využívaným kritériem dělení je však **stupeň postižení** většinou vyjadřovaný pomocí inteligenčního kvocientu (IQ). Světová zdravotnická organizace (WHO) zpracovala 10.revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, která vstoupila v platnost roku 1992 a mentální retardaci dělí do 6 základních kategorií:

- lehká mentální retardace (IQ 50-69)
- středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)
- těžká mentální retardace (IQ 20-34)
- hluboká mentální retardace (IQ pod 20)
- jiná mentální retardace
- nespecifikovaná mentální retardace

4.4.4 Epilepsie

Epilepsie je záchvatovité onemocnění způsobené spontánními neuroelektrickými výboji v mozku. Patří mezi nejčastěji se vyskytující se neurologické poruchy. „Výskyt epilepsie u dětí a dospělých s DMO uvádí různé studie značně odlišně; četnost se pohybuje od 15 do 55%. V populaci se frekvence výskytu pohybuje kolem 2-3%. Tento rozdíl zdůrazňuje význam epilepsie jako komplikujícího, připojeného nebo přidatného faktoru u pacientů, kteří mají DMO. Při současné přítomnosti mentální retardace s DMO se výskyt epilepsie zvyšuje na 71%. Forma DMO do jisté míry určuje pravděpodobnost vzniku epilepsie.“¹⁹

Příčiny vzniku epilepsie nejsou přesně známy. Většinou se jedná o kombinaci více faktorů. Jde tedy o multifaktoriální etiologii. Existuje různé dělení typů záchvatů. Nejčastěji se však dělí na generalizované a parciální. Každý z nich se pak dále dělí podle charakteru záchvatu. Generalizované záchvaty značí zásah

¹⁹ KRAUS, Josef. Epilepsie u DMO. In KRAUS, Josef, a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 129

obou mozkových hemisfér. Projevují se upadnutím do bezvědomí, křečovitým sevřením, svalovými záškuby a nadměrným sliněním. Parciální záchvaty nejsou pro okolí tak zjevné jako záchvaty generalizované. Jedná se většinou o krátkodobé výpadky vnímání. Terapie epilepsie spočívá především v medikamentózní léčbě antiepileptiky a dodržování vhodné životosprávy, kdy se postižený jedinec vyhýbá možným spouštěčům. Ve zvláštních případech je možný i operativní zákrok.

„Děti s DMO mají obtíže s hybností. Při výskytu epilepsie se k ní může přidávat další motorická komponenta dále zhoršující hybnost. Náhlé zhoršení může závažně interferovat s motorikou a při současné nejisté rovnováze může znamenat katastrofu...Důležité jsou také kognitivní důsledky. Děti s DMO a epilepsií mají větší kognitivní poruchy než děti s pouze hybnými nebo druhými přidruženými projevy. S individuální mírou kognitivních poruch souvisí také volba vhodné školy. Důsledky se projevují i v oblasti poruch chování a v oblasti sociální. Děti s DMO a s postižením hybnosti vyvolávají pocity sympatií a snahu pomoci, naproti tomu epilepsie poděší rizikem ztráty života; proto při péči o dítě s epilepsií získávají rodiče od rodiny jen velmi malou pomoc. Také lidé ve škole mají tendenci méně akceptovat osoby s epilepsií než s hybným postižením.“²⁰

4.5 Možnosti terapie

V léčebné terapii tělesných postižení platí zásada, že čím dříve se s určitým druhem terapie začne, tím více lze pozitivně ovlivnit budoucí zdravotní stav jedince. Mezi nejúspěšněji využívané terapie u dětí s DMO patří Vojtova metoda reflexní terapie a Bobath koncept. Dále do práce zařazuji zmínku o Snoezelen. Není sice primárně určen jedincům s DMO, ale v současnosti jeho obliba stoupá a místnosti Snoezelen lze najít v mnoha institucích.

²⁰ KRAUS, Josef. Epilepsie u DMO. In KRAUS, Josef, a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 133

4.5.1 Vojtova metoda reflexní terapie

Základem Vojtovy terapie jsou testy sedmi specifických polohových reakcí. Podle jejich výsledků lze pak usuzovat na míru postižení. Existuje zde předpoklad, že určitý podnět vyvolá řadu reakcí. Na jejich základě se vyvíjí vzpřimování, jež je cílem metody. Terapeut aktivuje CNS postiženého dítěte prostřednictvím podnětu v podobě tlakového působení prsty či dlaní. Bez jakéhokoliv slovního příkazu terapeuta či vědomého úsilí dítěte podnět vyvolá předem známou motorickou reakci. Během ní se zapojí i svalové funkce do té doby nečinné. „Vojtova metoda prokázala, že postižený je schopen většího zlepšení, než dosavadní topická neurologie připouštěla. Nemocný je pravděpodobně schopen používat i jiných systémů a drah než těch, které jsou normálně vůči jedinci k dispozici. Dokazuje to nesmírnou plasticitu řídicího nervového systému, který nesmíme chápat jen jako soubor drah spojujících určitá centra, ale jako systém, který uspořádá vstupní senzorická data a používá je modifikovaná na výstupu, jako to provádí počítač. Je to systém schopný nejen autoreparace, ale i dynamického vývoje, funkce, musí však být k tomuto vývoji stimulován. Můžeme mluvit o programování pohybových funkcí.“²¹ Důležitým předpokladem pro budoucí úspěšnost terapie je ochota rodičů a dobrá spolupráce s terapeutem. On rodiče (častěji matku) školí. Je nutné, aby rodiče znali zásady metody a byli schopni poznat žádané i chybné pohybové reakce dítěte, protože jsou to oni, kdo s dítětem každý den několikrát cvičí. Pravidelné kontroly u terapeuta jsou přímo závislé na aktuálním stavu dítěte a zručnosti matky při provádění terapie.

²¹ ZOUNKOVÁ, Irena. Vojtova metoda reflexní lokomoce. In KRAUS, Josef, a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 194.

4.5.2 Bobath koncept

Koncept Bobath (jinak také nazýván neurovývojová terapie – neurodevelopmental treatment NDT) představuje komplexní léčebnou péči určenou především pro děti s DMO. Je v ní zahrnuta fyzioterapie, ergoterapie a logopedie. Systém je dílem manželů Bobathových (Berta Bobathová 1907-91, fyzioterapeutka, Karel Bobath 1906–1991, pediatr a neurolog). Základem je individuální vyšetření pacienta a následná aplikace terapie. Obsahuje dva základní principy – inhibici (utlumení) patologického reflexního držení a vytvoření a posilování (stimulace a facilitace) vhodného pohybového vzoru pomocí specifických cvičebních situací. Nezaměřuje se pouze na poškozené svalové skupiny, ale na zlepšení celkové koordinace držení a pohybu a vytvoření normálního svalového tonusu. Činnosti, které se v rámci Bobathovy terapie provádějí, vždy souvisí s každodenními aktivitami dítěte (oblékání, stravování, hygienické záležitosti apod.). Významným prvkem stejně jako u předchozí terapie je výcvik rodičů. „Bobath koncept není metodou, nenabízí terapeutovi sadu cviků, ale jde spíše o filosofii, která nahlíží na pacienta jako na celek. Jedná se o problémově koncipovaný přístup („problem solving approach“), který učí terapeuta, jak nahlížet na problémy pacienta, jak je analyzovat a účinně řešit, přičemž terapeutické techniky (inhibiční, facilitační, stimulační) jsou pouhými nástroji v jeho rukou k dosažení funkčního cíle... Terapeut při léčbě nevede pasivně pohyby pacienta, ale svým cíleným handlingem, za současné okamžité analýzy všech reakcí pacienta na handling, se snaží dosáhnout toho, aby dítě bylo schopno převzít aktivní kontrolu nad svým pohybem, a tím mohlo získat co nejsprávnější senzomotorickou zkušenost v rámci konkrétní funkční situace...Během handlingu svou dopomoc (hands on interence) terapeut plynule a systematicky oddaluje (hands off interence) tak, aby dítě mělo možnost kontrolovat svůj pohyb bez dopomoci“²²

²² CHMELOVÁ, Irina. Bobath koncept a DMO. In KRAUS, Josef, a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing, 2005. s. 207, 212

4.5.3 *Snoezelen*

Podstatou terapie je vytvoření speciálního prostředí, jehož hlavní náplní je poskytnout co nejširší nabídku smyslových podnětů. Do Evropy se dostala v 70. letech. Uplatnění našla především v Holandsku. Z holandštiny také pochází i název vytvořený spojením dvou slov „snuffelen“ – čichat a „doezelen“ – dřímat. Původně byl snoezelen určen pro jedince s těžším stupněm mentální retardace nebo kombinovaným postižením. Cílem bylo nalézt komunikační způsob s těmito jedinci právě pomocí vytvoření podnětného prostředí odlišného od prostředí, v němž se běžně pohybovali. V současné době se však cílová skupina rozšířila i na další typy postižení jako jsou smyslové vady, duševní poruchy, stařecká demence, syndrom ADHD a mnoho dalších. Místnosti Snoezelen tak můžeme nalézt v mnoha institucích různého typu. Místnost má tři části – relaxační, v ní hraje hlavní roli hudba a světla, poznávací, kde se klient může libovolně pohybovat a interakční, kde je k dispozici řada předmětů reagujících na manipulaci. Snoezelen tak plní funkci nejen relaxační, ale také terapeutickou, tedy léčebnou. Klient většinou pobývá v místnosti s doprovázející osobou. Pečuje o něj a mají tedy možnost vytvořit si mezi sebou vlastní komunikační kanál, který umožní další vzájemné poznávání. „Pohodlí, odpočinek, relaxace, radost, vyrovnanost, sebejistota, vyvolávání kladných emocí a zážitků jsou pouze některé z forem uspokojování individuálních potřeb jedince, které toto prostředí nabízí.“²³

²³ VITÁSKOVÁ, Kateřina. Snoezelen včera, dnes a zítra. *Speciální pedagogika*. 2004, roč. 14, č. 1, s. 69.

5. Psychologie handicapu

5.1 Specifické rysy osobnosti postiženého jedince

Osobnost je charakterizována jako souhrn všech duševních a tělesných vlastností, které jsou pro daného jedince typické a projevují se v jeho chování a prožívání. Jedná se o celek psychických jevů, který se v průběhu vývoje formuje vlivy vnitřními a vnějšími. Osobnost je podmíněna faktory biologickými, sociálními a psychickými, jež se vzájemně ovlivňují. Postižení pak zasahuje všechny složky osobnosti, přičemž platí to, že co je podmíněno biologicky, je obtížnější měnit či formovat, a co je podmíněno sociálně je snadněji ovlivnitelné.

Důležitým prvkem, který způsobuje rozdíly ve vlivu postižení na složky osobnosti, je také doba, kdy postižení vzniklo. Pokud se jedná o vrozený defekt, je jeho vliv na vývoj jedince závažnější především v oblasti poznávacích procesů a schopností. „Vrozený defekt mění veškeré podmínky vývoje, mění sociální vztahy, vyřazuje některé druhy podnětů, omezuje od počátku vývojové možnosti dítěte...Na druhé straně dítě, žijící s defektem od narození, se na něj lépe adaptuje. Ostatní složky osobnosti se vyvíjejí kompenzačně právě vlivem omezení či nedostatku v jiné oblasti.“²⁴ Oproti tomu získaný defekt, ačkoliv méně zasahuje vývoj funkcí, je mnohem náročnější na adaptaci. Silně zasahuje jedince a je subjektivně velmi hluboce prožíván. Způsob vyrovnávání se s postižením také hraje významnou roli ve vývoji osobnosti. Jestliže se jedinec vyrovná se svým postižením realisticky, uzná svá omezení a rozvíjí své možnosti na základě dané situace, ke změnám ve struktuře osobnosti nemusí dojít nebo nejsou tak zřetelné. Opačná situace, kdy způsob reakce na postižení vyvolá vznik specifických rysů osobnosti, však nastává častěji. „Různé techniky vyrovnání se s postižením se totiž mohou stabilizovat do stálých způsobů chování, které se mohou stát trvalým

²⁴ HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 65.

rysem osobnosti, jako získané dispozice.“²⁵ Existují dvě skupiny technik vyrovnávání se s postižením jako náročnou životní situací – techniky aktivního a pasivního řešení.

Techniky aktivního řešení jsou založeny na agresi. Konkrétně lze do této kategorie zařadit přímou agresi, upoutávání pozornosti, negativismus, hledání viníka vlastní situace, identifikace se silnější osobností či skupinou, či kompenzaci, kdy se postižený jedinec zaměří na jemu dostupnou oblast, v níž může vyniknout. Techniky pasivního řešení, nebo také únikové techniky, vyjadřují určitou rezignaci na řešení. Mezi únikové techniky patří přímý únik, izolace, únik do nemoci, racionalizace, regrese (neboli návrat na nižší vývojový stupeň chování), popření nebo potlačení. Dané techniky se nevyskytují samostatně v čisté formě, ale ve většině případů se kombinují, vzájemně prolínají. „U téhož jedince nacházíme zpravidla různé typy reakcí, pocházející původně z obou zdrojů (agrese i únik), i když pravděpodobně existuje jistá preference daná individuálními zkušenostmi jedince, jeho temperamentem i dalšími faktory. Pravděpodobně nejsilnější vliv má zde sociální učení. Dítě jednak přejímá určité postoje, vzorce chování a způsoby řešení situací od rodičů. Dále je jeho chování posilováno reakcemi okolí pokud je úspěšné, to znamená, že techniky, které vedou k úspěchu (dosažení žádoucího cíle, snížení napětí, vybití tenze) jsou svou úspěšností upevňovány a v nové situaci má dítě tendenci použít je spíše než jiné. Tak může postupně vznikat získaná dispozice k určitému způsobu reagování a následně až stabilní rys osobnosti.“²⁶

5.1.2 Poznávací procesy, schopnosti

Poznávací procesy bývají postižením narušeny nejvíce, zvláště u jedinců se smyslovými vadami. Ti si vytvářejí na základě svých omezení vlastní

²⁵ HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001.s. 65, 66.

²⁶ Tamtéž s. 60,61

představu o světě. Často se však neshoduje s reálným odrazem skutečnosti. Následkem toho dochází i k potížím v komunikaci, potažmo v sociálních vztazích. Významnou roli v poznávacích procesech hraje jazyk a řeč, na jejichž rozvoji je myšlení přímo závislé. Pokud není řeč dostatečně vyvinuta, člověk se nedostane na běžnou úroveň abstraktního myšlení.

Schopnosti jsou ovlivněné především u vrozených postižení a to v pozitivním i negativním smyslu. Na jedné straně je zřetelné omezení schopností, které jsou spjaté s postiženou oblastí, na straně druhé dochází k rozvoji tzv. kompenzačních schopností, u tělesně postižených jde především o rozvoj intelektu, u zrakově postižených pak o rozvoj hmatu a sluchu.

5.1.2. Rysy osobnosti

Rysy osobnosti neboli získané dispozice ovlivněné biologicky, psychicky a sociálně se také formují vlivem postižení, především na základě schopnosti adaptace a technik, které jedinec používá k přizpůsobení se dané situaci. „Nevznikají nové rysy či nové mechanismy fungování psychiky, pouze ve změněných vnějších či vnitřních podmínkách fungují složky jinak, v jiné míře, v jiných vztazích. Pokud se tedy zabýváme charakteristickými rysy osobnosti postiženého jedince, neshledáváme v podstatě kvalitativní odlišnosti, ale spíše některé stránky osobnosti, některé rysy, které u zdravého jedince nemusí vystupovat do popředí, mohou být u postižených častěji zvýrazněné (např. častější vztahovačnost, přecitlivělost, přílišný důraz na osobní ambice apod.).“²⁷

Společným znakem jedinců, jimž se věnuji, je právě jejich postižení, na základě kterého jsou často prvotně vnímáni svým okolím. Mnohdy stereotypní vnímání sebe sama také přejímají. „Z defektu se tak stává hlavní identifikační znak sebe sama, což opět může mít za následek určité změny ve struktuře osobnosti i z nich vyplývající reakce a způsoby chování. Takto reagující postižený

²⁷ HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 69.

utvrzuje okolí v oprávněnosti přesvědčení o odlišnosti postižených, ovšem pouze jako takový je společností přijímán.“²⁸

Navzdory tomu, že bychom neměli zobecňovat a vyjmenovávat rysy typické pro všechny postižené, lze vymezit výraznější prvky, které se u nich vyskytují z toho důvodu, že všichni čelí podobným vnějším tlakům. Mezi často se vyskytující vlastnosti patří egocentrismus (vztahovačnost, upoutávání pozornosti), nadměrná závislost a nesamostatnost (často také způsobená vlivem rodiny či instituce, v níž jedinec žije), nízká schopnost navazovat sociální vztahy, málo aktivní životní styl, narušené sebehodnocení a na něj navazující pocity méněcennosti.

5.1.3 Motivace

Motivace je dynamickou složkou osobnosti, která slouží k uspokojování potřeb jedince. Postižení významně ovlivňuje nejen možnosti a způsoby uspokojování potřeb, ale také kladení cílů a strategie jejich dosažení a to jak negativně (ve smyslu omezení), tak i pozitivně (ve smyslu stimulace). “Uspokojování potřeb postiženého jedince není vždy možno dosáhnout pouze jeho vlastní aktivitou, závisí to i na typu a stupni postižení. Proto je riziko neuspokojení obecně vyšší než u dítěte zdravého.“²⁹ Základní biologické potřeby jako jídlo, teplo, spánek apod. jsou ve většině případů uspokojovány. U tělesně postižených je obtížně splnitelná potřeba uchránit dítě bolesti a to z důvodu častých hospitalizací a především dlouhodobých rehabilitací. Ve vyšším věku může být neuspokojena potřeba sexuální, postižený jedinec má problémy navázat partnerský vztah, bývá odmítán nebo nemá dostatek příležitostí k navázání vztahu. Co se týká psychických potřeb, je mnohdy omezeně uspokojována potřeba základního láskyplného vztahu a bezpečí. To je způsobeno ne vždy

²⁸ HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Specifické rysy osobnosti postiženého jedince. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001 s. 69

²⁹ Tamtéž s. 73.

pozitivním vnímáním dítěte rodiči nebo častou nepřítomností dítěte doma. V oblasti sociálních potřeb bývá neuspokojena potřeba sociálních kontaktů a kladného sociálního přijetí vyplývající ze snížených možností sociálních kontaktů a také ze strany postiženého určitou nepřipraveností, nízkou sociabilitou a nedůvěrou k okolí. S tím souvisí i omezené uspokojení potřeby výkonu a sociálního uznání. Problémy s uspokojením jsou i v oblasti poznávacích potřeb, potřeby cíle a životních perspektiv.

5.2 Rodiče a jejich reakce na postižení dítěte

Období, kdy se rodiče dozvídají, že se jejich dítě narodilo s určitým postižením, je samozřejmě velmi náročné pro všechny zúčastněné. Vágnerová (2001) toto období nazývá krizí rodičovské identity. Rodiče mění své reakce a výchovné postoje vůči dítěti a tím ovlivňují rozvoj jeho identity. Obecně lze stanovit 3 fáze, kterými rodiče procházejí poté, co se dozvědí diagnózu svého dítěte.

1) Fáze šoku a popření představuje prvotní reakci na subjektivně nepříjemnou skutečnost, že dítě je postižené. Je to způsob obrany před ztrátou psychické rovnováhy. Rozdíl v prožívání je zřejmý u zdravých rodičů, kteří předpokládají, že se jim narodí zdravé dítě a jinou možnost si ani nepřipouštějí a u rodičů postižených a těch, kterým se již postižené dítě narodilo, takže mají s podobnou situací zkušenosti a již v období těhotenství mohou reagovat určitými obrannými mechanismy.

2) Postupná akceptace reality je úzce spjata se získáváním informací o povaze postižení dítěte a možnostech jeho vývoje. „Racionálnímu zpracování takové informace ovšem mnohdy brání emocionální stav: hněv, zoufalství či deprese rodičů. Lze jej interpretovat jako reakci na prožité trauma a může mít individuálně různou intenzitu i délku trvání. Úroveň vyrovnávání s touto situací závisí na zralosti osobnosti rodičů, na jejich životních zkušenostech, na kvalitě jejich citového zázemí, na individuální frustrační toleranci a akutním psychickém

i somatickém stavu.“³⁰ Upevňují se také různé způsoby psychických obran, založené buď na útoku nebo úniku. Ovlivňují chování rodičů. Může pak být ze strany okolí obtížně pochopitelné a málokdy přijatelné. Dá se vymezit **fáze smlouvání**, kdy rodiče vyjadřují určitou naději na zlepšení situace, i přesto, že vědí, že žádoucího stavu nelze dosáhnout. „Je znakem kompromisu, který lze hodnotit jako pokrok, jako částečné přijetí dříve zcela odmítané skutečnosti.“³¹

3) Realistického postoje, který je závěrečnou fází, nemusí dosáhnout všichni rodiče. Jedná se o takový stav, kdy je dítě akceptováno takové, jaké je a rodiče se snaží o jeho maximální rozvoj v rámci daných možností. V opačném případě si rodiče zafixují neadekvátní obranné mechanismy, které pak omezují i vývoj dítěte. Objevují se hyperprotektivní, nekritické či ochranné postoje vůči dítěti, kterými se rodiče snaží zmírnit vinu, již cítí nebo se naopak vyskytují přehnaně náročné postoje, nerespektující omezení dítěte. Dítě nadměrně zatěžují. Výjimkou není ani rezignace na výchovu dítěte či jeho zavržení s následným přesunutím do péče jiné osoby či instituce.

„Jak je zřejmé, potřebují rodiče v této situaci emoční i odbornou podporu, kterou v dnešní době poskytují mnohá centra a poradny pro postižené děti. Je účelné, že začínají co nejdříve po narození, aby se v rodině zbytečně nezafixovaly nepříznivé postoje a z nich vyplývající způsoby chování. Pokud se mohou rodiče zabývat smysluplnou aktivitou a mají nějaký srozumitelný cíl, snáze se s takovým problémem vyrovnávají.“³²

Důležitým prvkem, který má vliv na reakci rodičů na postižení je doba a způsob, jak se o něm dozvěděli. Čím dříve se diagnózu dozvědí, tím méně pociťují nejistotu, která pro ně představuje nesmírnou zátěž. Ačkoliv je sdělení diagnózy obecně přijímáno velmi negativně, představuje základ pro budoucí jednání. Navíc, čím dříve se začne s ucelenou terapií, tím lepší bývá prognóza do

³⁰ VÁGNEROVÁ, Marie. Rodiče postižených dětí. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 79.

³¹ Tamtéž s. 81

³² Tamtéž. s. 83

budoucnosti. Důležitý je také přístup lékařů a zdravotnického personálu vůbec a způsob sdělení informace o postižení. Ačkoliv se situace v posledních letech zlepšila, stále ještě je možné se setkat s necitlivým, odtahitým chováním lékařů.

Významný vliv má také příčina postižení. „Rodiče se mnohdy sami považují za viníky a z toho vyplývají některé jejich, zdánlivě nesmyslné či nepochopitelné reakce. Z hlediska pohledu na domnělou vinu srozumitelné jsou: rodič se dítěti obětuje, aby ji odčinil, event. popírá závažnost handicapu, aby se vina zdála menší. Popřípadě hledá jiného viníka.“³³ Jiná situace nastává u postižení, která vznikla nebo se projevují později. „Rozdíl oproti vrozeným a bezprostředně po porodu diagnostikovaným postižením je zcela obecně v tom, že později vzniklý defekt nepůsobí jako znehodnocení rodičovského statutu. Určité, mnohdy i relativně krátké období po které je dítě považováno za zdravé stačí k zafixování pocitu rodičovské normality. Pozdější projev jakékoliv odchylky je akceptován primárně jako neštěstí, které postihlo dítě a podle toho je i zpracovááno.“³⁴

5.3 Psychický vývoj postiženého dítěte ve školním věku

5.3.1 Mladší školní věk

Školní připravenost je závislá na procesu zrání a učení. U postižených jsou oba dva procesy v různé míře negativně zasaženy. Kvůli postižení se některé jejich vlastnosti nemohou rozvíjet spontánně, a proto je vliv prostředí a podmínky, v jakých žijí mnohem významnější než u dětí zdravých. „Nástup do školy je důležitým sociálním mezníkem, který je přesně vymezen a ritualizován. Rituál přijetí do školy potvrzuje jednoznačnost změny, dítě získává roli školáka a s ní větší sociální prestiž než jakou mělo v předškolním věku. Tato role je

³³VÁGNEROVÁ, Marie. Rodiče postižených dětí. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 86

³⁴ Tamtéž s.87

limitována na jedné straně dosažením určitého věku, což nepředstavuje žádný problém, a určité vývojové úrovně na straně druhé, kde v případě postižených dětí problém zpravidla nastává...Zařazení do školy funguje jako potvrzení normality (nebo alespoň přiblížení normě) a proto si rodiče často přejí, aby do školy chodily i děti závažněji postižené.³⁵ Zmírňuje se pocit, že je jejich dítě odlišné, a to i tehdy, když je zařazení pouze symbolické, např. do centra pro postižené děti nebo se odkládá do budoucnosti. Po zařazení do školy se dítě s institucí postupně identifikuje. Podle typu školy si uvědomí svou „normalitu“ v případě běžné základní školy nebo svou odlišnost v případě základní školy speciální.

Doba nástupu do školy je stanovena na věk 6-7 let, kdy je organismus dítěte odolný vůči zátěži a vykazuje určitou stabilitu, což se projevuje lepší koncentrací pozornosti. Dalšími podmínkami školní úspěšnosti jsou rozvoj poznávacích procesů, emoční stabilita, potřebná úroveň základních vědomostí a zkušeností, motivace ke školní práci a určitá úroveň sociální vyspělosti. Málokteré dítě s postižením je však v 6 letech na přijatelné úrovni školní zralosti a připravenosti, takže se většinou dočká odkladu školní docházky. V této době, aby odklad splnil svůj účel, vyrovná své nedostatky. Velmi záleží na tom, v jakých podmínkách dítě žije. Hodně postižených dětí navštěvuje předškolní zařízení. Poskytne mu potřebné zkušenosti a ulehčí tak adaptaci na roli školáka.

Na základě vývoje kognitivních schopností postiženého dítěte je pro něj zvolena adekvátní školní instituce, která vyhovuje jeho možnostem a potřebám. Kolem 7.roku se jedinec podle Piageta dostává do stadia konkrétních logických operací. Začíná používat logiku vázanou na konkrétní skutečnost. Problémy se mohou objevit u smyslově postižených dětí. Jim se nedostává zkušeností důležitých pro pochopení určitých pojmů. Velký význam ve vývoji myšlení má též opožděný vývoj řeči.

³⁵ VÁGNEROVÁ, Marie. Psychický vývoj postiženého dítěte ve školním věku. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 188

„Nástup do školy lze ve vývoji postižených dětí považovat za jedno z klíčových období. Mnohdy lze mluvit až o první krizi identity postiženého dítěte, které je touto změnou zatěžováno více než děti zdravé.“³⁶

Cílem školního období je rozvoj schopností, získání dovedností a poznatků, osvojení si sociálních norem a rolí. Jedná se tedy o jakousi přípravu na budoucnost. Rozvíjí se i sebevědomí a sebehodnocení dítěte. Je úzce spjato s jeho (školním) výkonem. Důraz na školní výkon je typický i u rodin s postiženým dítětem. Existuje však nebezpečí, že sklouzne do extrémní situace, kdy rodiče dítě přetěžují a kompenzují si tak svou vlastní nevyrovnanost s jeho postižením.

Sebevědomí a sebehodnocení se v tomto věku utváří prostřednictvím sociální zpětné vazby od rodičů, učitelů a vrstevníků. Dítě se vnímá tak, jak ho vnímá okolí, přejímá názor na sebe sama od autority. V případě rodiny je hodnocení méně objektivní, protože zde hrají roli emoční vazby. Škola podává objektivnější hodnocení založené na skutečných výsledcích dítěte. S vyšším věkem dítěte vzrůstá také vliv vrstevníků na jeho sebehodnocení. „I postižené dítě se hodnotí ve vztahu ke skupině, především školní třídě, kde má určité postavení a určitou roli. Přiřítá si takové vlastnosti a schopnosti, jaké mu ostatní děti přisuzují. Dětská skupina umožňuje osvojení dalších rolí, jiného sociálního chování a přispívá k sebehodnocení dítěte odlišným způsobem než názory dospělých. Status, který dítě ve skupině získá, má pro sebepojetí a celkový vývoj osobnosti nepopíratelný význam.“³⁷

5.3.2 Puberta, dospívání

Období puberty je vymezeno věkovými hranicemi přibližně mezi 11 a 15 lety. Období přináší spoustu změn ve všech složkách osobnosti dospívajícího. Nejvýraznější změny se odehrávají v rámci tělesného dospívání. Je spojeno

³⁶ VÁGNEROVÁ, Marie. Psychický vývoj postiženého dítěte ve školním věku. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 195

³⁷ tamtéž s.205

s pohlavní zralostí a změnou zevnějšku. Ke změnám dochází i ve způsobu myšlení, sebepojetí či prožívání. „Období puberty a adolescence je mimořádně obtížným obdobím jak pro dospívajícího, tak i pro jeho rodiče. Určitá rovnováha, která se vytvořila v průběhu let, se rozrušuje především proto, že dítě ve svém vývoji dospívá na úroveň, kdy přehodnocuje své dosavadní vztahy, postoje, hodnoty a vytváří si svůj vlastní, pokud možno nezávislý vztah ke světu.“³⁸

V oblasti myšlení se jedinec dostává do stadia formálních logických operací, pro které je typický odklon od konkrétního k abstraktnímu. Jedinec umí pracovat s obecnými pojmy. U většiny typů tělesných a smyslových vad nedochází k neschopnosti dosáhnout tohoto stádia. Jiné je to u jedinců s mentální retardací, pro něž není daná úroveň dosažitelná. „Na úrovni formálních operací lze uvažovat o různých možnostech, o pravděpodobnosti, která nemusí být reálná a není vázána na aktuální skutečnost. V přístupu k řešení problémů dochází ke změně, protože pubescent je schopen uvažovat i o možných alternativních variantách a nestačí mu jen jedno řešení jak tomu bylo dříve. Formální operace vedou ke změně hodnocení vlastního defektu a jeho významu. Pubescent posuzuje a kritizuje svůj vlastní stav, jaký je, a srovnává jej s možnostmi, jaký by mohl být. Pochopení pravděpodobnosti se odráží i ve větší kritičnosti a v nově vzniklé nespokojenosti s vlastním stavem. Rozvoj myšlení ovlivňuje tímto způsobem i rozvoj vlastní identity. V závislosti na typických rysech pubertálního hodnocení je možné mluvit o této fázi jako o jednom z krizových období rozvoje osobnosti postiženého jedince.“³⁹

Změny spojené s dospíváním postiženého často nastávají v porovnání se zdravými později, v jiném sledu nebo se nemusí objevit vůbec.

³⁸ HADJ-MOUSOVÁ, Zuzana. Puberta a dospívání. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 213

³⁹ VÁGNEROVÁ, Marie. Psychický vývoj postiženého dítěte ve školním věku. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 211,212

Každý dospívající přehodnocuje svůj vztah k rodičům. Vytváří si vlastní postoje, snaží se prosadit si svou nezávislost a hledá vlastní identitu, i když si uvědomuje svou sociální a ekonomickou závislost na rodičích. V případě postiženého dítěte se navíc řeší reálná závislost na pomoci okolí nezávisle na typu postižení. V úvahu je nutné brát spíše stupeň postižení. Určuje míru schopnosti postarat se o sebe. V mnohých případech závažnost postižení zabrání dosáhnout takového stupně rozvoje, aby mohl daný jedinec žít zcela nezávisle.

Vrstevníci mají v životě dospívajícího nesmírný vliv. Skrze ně si ověřuje vlastní identitu, přejímá hodnoty, normy a postoje většinou v opozici vůči rodičům. U postiženého dítěte však dochází ke komplikacím v začlenění se do vrstevnické skupiny, ale také v samotném jejím výběru. U dětí, které žijí v internátním zařízení, je výběr omezen na uměle vytvořenou skupinu jedinců podobně postižených žijících ve stejném prostředí. Nemají tedy možnost se dobrovolně rozhodnout a zvolit, s kým naváží kontakty. Samo postižení navíc limituje jedince ve volném pohybu či komunikaci a tím více možnost navázání kontaktů omezuje. Pokud dítě žije v rodině, většinou má širší možnost začlenit se do volnějších vrstevnických skupin. Je tu však riziko nepřijetí ze strany nepostižených dětí. „Riziko zraňujících sociálních zkušeností v kontaktu s nepostiženými vrstevníky je velké. Často proto nacházíme postiženého dospívajícího ve skupinách relativně uzavřených a vymezených spíše stejným typem postižení. Zde tedy znovu působí defekt jako určité vymezující kritérium pro přijetí či nepřijetí jedince. Nezřídka se proto i v tomto věku omezují sociální kontakty postiženého dospívajícího pouze na jeho rodinu, která se navíc často izoluje od okolního světa. Takto uzavřené skupiny, ať už vymezené postižením či rodinnými vztahy, představují určité riziko pro další vývoj postiženého jedince.“⁴⁰

⁴⁰ HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. Puberta a dospívání. In VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova v Praze : Karolinum, 2001. s. 217

6. Edukace jedinců s handicapem

6.1 Proces transformace

První instituce poskytující péči o postižené jedince začaly v českých zemích vznikat koncem 19.století (např. Ernestinum). Jejich představitelé se zabývali metodami speciálněpedagogické péče, které slouží jako inspirace i v dnešní době. Ačkoliv nebyl obor speciální pedagogiky v dané době samostatnou disciplínou, jsou zde patrné snahy ze strany mnoha odborníků (lékařů, pedagogů, právníků apod.) o poskytnutí výchovy a vzdělání osobám s postižením. Snahy vrcholily v období 1.republiky. Zásadní obrat zaznamenáváme po roce 1950, kdy se do popředí dostává na dlouhých 40 let prvek segregace. Došlo k oddělení jak osob s postižením od zdravé populace, tak i jednotlivých handicapovaných navzájem podle typu jejich postižení. „Česká republika se mj. vlivem obecných společensko-politických poměrů stala zemí s takřka úplným dělením školství do dvou hlavních proudů. Systému obecného (předškolního, základního a středoškolského) vzdělávání určeného pro děti fyzicky, mentálně i smyslově zdravé a komplexu zařízení určených dětem, které tato náročná kritéria (leckdy spíše pseudokritéria) zdraví nesplňovaly. Celý společensko-politický systém byl však nastaven způsobem, který podporoval a přímo vyvolával segregaci. Ani takto budovaný systém segregačních institucí však nebyl schopen poskytnout právo na vzdělání všem dětem s postižením. Pravidelně, při naprostém nerespektování možných vývojových změn, byly děti s těžšími stupni mentálního postižení a děti s kombinovaným postižením ze vzdělávání vyčleňovány. Jednalo se o zneužívání institutu osvobození od povinné školní docházky, kdy o otázkách dalšího vzdělávání rozhodoval podle tehdejší právní úpravy „národní výbor“, v praxi pak často ředitel školy, který většinou neměl ani minimální znalosti o problematice zdravotního postižení.“⁴¹ Názor rodičů na vzdělávání jejich

⁴¹ MICHALÍK, Jan. Proces transformace ve speciální pedagogice. In RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 74.

postiženého dítěte se nebral v potaz. V případě, že dítě z různých důvodů neprokázalo předpoklady pro plnění povinné školní docházky v běžné škole, bylo ředitelem (nezávisle na vůli rodičů) přeřazeno do školy pro děti vyžadující zvláštní péči, zvláštní nebo pomocné školy. Ač se to na první pohled nezdá, tento systém přinášel i pozitiva v podobě používání jinak obtížně dostupných kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, vzdělaných a obětavých pracovníků, vypracování obecných didaktických zásad a postupů a kvalitních studijních materiálů.

Změna, kterou přinesl zlom v roce 1989, se projevila postupným „seznamováním se“ zdravé populace s lidmi s postižením. Na počátku 90. let vzniklo mnoho občanských sdružení a nadací, jejichž cílem bylo zrovnoprávnit podmínky života handicapovaných jedinců. Tento trend se objevil i v oficiálních vládních dokumentech. Ministerstvo školství zveřejnilo v roce 1990 koncepci nového postoje ke vzdělávání dětí se zdravotním postižením, která podporovala jejich vzdělání společně se zdravými vrstevníky v běžných školách. Problémem však bylo nejasné vymezení obsahu pojmu integrace a jeho subjektu (kdo má být integrován). Navzdory pozitivním tendencím převažovalo segregované vzdělávání, avšak humánnějším způsobem a v lepších prostorových a materiálních podmínkách. „Poznatky vyspělých demokratických zemí ukazují, že proces školské integrace v jejich podmínkách znamenal změny nejen legislativy, ekonomického zabezpečení a personálního řešení výuky. Přinesl i významnou zkušenost týkající se plánování a systémového zabezpečí úkolu. Ve všech zemích byly ustaveny speciální týmy odborníků, rodičů a úředníků školské správy, které, v reakci na potřeby dětí, vypracovávaly postup a směr „národního“ pojetí školské integrace. Zpravidla bylo uznáváno, že školská integrace je součástí širšího pojetí školské reformy. V ní se jednalo zejména o přizpůsobení vzdělávacích podmínek v jejich organizační i obsahové stránce vzdělávacím potřebám dítěte. Včetně

dítěte s postižením.“⁴² První konkrétní zmínka možnosti začleňování dítěte s postižením do běžných škol se objevila ve vyhlášce o základních školách v roce 1991. Dalším důležitým dokumentem, i když ne právně závazným, je Národní plán pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením založený na dokumentu OSN Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením schváleném Valným shromážděním OSN dne 20.12.1993. Je stanoveno 22 dílčích oblastí, vzděláním se zabývá oblast šestá. Podle ní by „státy měly uznat zásadu zajištění stejných příležitostí základního, středního a vysokoškolského vzdělání pro děti, mládež a dospělé se zdravotním postižením v integrovaném prostředí...Potvrzena je priorita tzv. integrovaného vzdělávání při zabezpečení všech dostupných podpůrných prostředků, flexibility učebních plánů a osnov, adekvátního vzdělání učitelů. Vzdělávání dětí s postižením ve speciálních školách je chápáno jako výjimečné a to tam, kde školský systém z různých důvodů (ekonomické, personální) není schopen zabezpečit potřeby dětí s postižením v běžných školách.“⁴³

6.2 Možnosti vzdělávání žáka s DMO

Podle Listiny základních práv a svobod má každý právo na vzdělání. Existuje několik forem vzdělávání žáků s postižením. Dítě může navštěvovat speciální školu pro žáky s daným typem postižení, základní školu praktickou nebo speciální či se vzdělávat formou integrace.

Speciální školy se zřizují pro žáky dle typu jejich postižení. V případě diagnózy DMO se dítě může vzdělávat v základní škole pro tělesně postižené. Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. mohou zabezpečovat výchovně vzdělávací činnost souběžně 3 pedagogičtí pracovníci, z nichž 1 je asistent pedagoga. Navíc zde se

⁴² MICHALÍK, Jan. Proces transformace ve speciální pedagogice. In RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 74.

⁴³ MICHALÍK, Jan. Současný stav školské integrace v ČR. . In RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. s. 115

souhlasem ředitele školy a zákonného zástupce žáka působí osobní asistent. Ve třídách mohou být zařazeni žáci 2 i více ročníků. Třída se žáky se zdravotním postižením má mít nejméně 6 a nejvíce 14 žáků. V případě těžkého postižení je počet snížen na 4-6 žáků. Pokud se DMO kombinuje s přidruženými problémy, nejčastěji mentální retardací, dítě navštěvuje základní školu praktickou či speciální. Ukončením vzdělávacího programu základního vzdělávání v ZŠ speciální získá žák základy vzdělání. Vzdělávání formou integrace je obsáhlejší téma, kterému je věnována následující podkapitola.

6.2.1 Integrace žáka s postižením

Pojem integrace jsme vymezili v úvodních kapitolách. Obecně lze říci, že se jedná o začlenění žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do běžné školy. Má dvě formy – individuální (zařazení žáka do běžné třídy) a skupinovou (zřízení speciální třídy pro žáky s určitým typem postižení v rámci běžné školy). U nás převažuje integrace individuální. Předchází ji vyšetření žáka školským poradenským zařízením (viz dále). To vydá doporučení pro integraci. Důležitým prvkem je souhlas žáka a jeho zákonných zástupců (rodičů). Předpokladem integrace je také souhlas ředitele školy, do které má být žák integrován. Nutná je materiální a personální připravenost školy. Učitel, v jehož třídě bude žák s postižením vzděláván, by měl být vzdělán v oboru speciální pedagogika nebo alespoň absolvovat doplňující studium oboru. Předtím než handicapovaný žák nastoupí by také měl informovat jeho budoucí spolužáky a probrat s nimi případné problémy, které by mohly nastat. Měl by s nimi prodiskutovat specifika daného postižení, jeho projevy a potřeby. Důležité je zdůraznit výhody, které (úspěšná) integrace přináší pro všechny zúčastněné strany.

6.2.1.1 Individuální vzdělávací plán

Žák s postižením se většinou vzdělává podle individuálního vzdělávacího plánu. Náležitosti IVP jsou stanoveny zákonem (vyhláška č.73/2005 Sb.). IVP je

součástí dokumentace žáka. Vychází ze školního vzdělávacího programu dané školy, závěrů vyšetření poradenských pracovišť, případně lékaře, a z vyjádření zákonných zástupců žáka. Vymezuje informace o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciální pedagogické nebo psychologické péče žákovi. Stanovuje cíle vzdělávání, časové a obsahové rozvržení učiva, volbu metod a způsob hodnocení. Obsahuje seznam pomůcek (kompenzační, rehabilitační, učební), speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka. IVP je většinou vypracováván před nástupem žáka do školy, nejpozději 1 měsíc po nástupu. Může být doplňován a upravován podle potřeby v průběhu školního roku. Jeho plnění vyhodnocuje školské poradenské pracoviště dvakrát ročně.

6.2.1.2 Adaptace prostředí

Tělesné postižení významně ovlivňuje mobilitu žáka. „Mobilita jedinců s tělesným postižením velmi podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života a je základním předpokladem jejich úspěšné sociální integrace.“⁴⁴ Je tedy nutné upravit prostředí, ve kterém se žák pohybuje, tak, aby byl schopen co největší míry samostatnosti. Zahrnuje to bezbariérový přístup do školy a odpovídající technické vybavení pro pohyb žáků po škole (výtah, přenosné rampy, nájezdy, zvedací plošiny, kolečkový schodolez, apod.

6.2.1.3 Pomůcky

Žák s DMO má v důsledku postižení narušenou hrubou i jemnou motoriku. Je nutné, aby pro maximální rozvoj schopností a dovedností využíval nejrůznější pomůcky. V první řadě se musí zajistit vhodné sezení imobilních žáků. S pomocí ortopedických křesel, tvarovaných vozíků či speciálních židlí dítě sedí pohodlně a má jistou oporu držení těla. Kvůli špatnému prokrvení zvláště dolních končetin je nezbytné, aby žák mohl v průběhu vyučování měnit svou

⁴⁴ VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. s.162

pozici a nedošlo k jeho prochlazení. Narušená jemná motorika se dá částečně kompenzovat užitím pomůcek pro psaní a kreslení, pro rozvoj manuálních dovedností (speciální psací potřeby s ergonomickým tvarem na míru žákovi, speciální psací deska s magnetickým pravítkem, protismykové podložky, speciálně upravené nůžky, míčky, rehabilitační hmota Theraflex). Pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci rozvíjí a podporují hrubou motoriku (rehabilitační míče, molitanové stavebnice, ležátko pro pohyb v leže na břiše). Velký význam hrají technické pomůcky, které zajišťují podporu ve výuce. Usnadňují získání a uchovávání informací (diktafon, počítač). „Využívání počítačové technologie pomáhá postiženým žákům ke zvýšení sebevědomí a pozitivně ovlivňuje i přístup ostatních žáků k postiženým spolužákům. Široký rozsah technologií je vhodný k podpoře žáků zejména v oblastech komunikace, edukace, mobility, socializace. Počítače s příslušným programovým vybavením v kombinaci s tvůrčími výukovými postupy pomáhají postiženým žákům rozšířit si možnosti svého vzdělávání...Hlavní důraz při používání počítačů u žáků s tělesným postižením je kladen na fyzický přístup (např. adaptace klávesnice)“⁴⁵

6.2.1.4 Osobní asistent, asistent pedagoga

Ve třídách s integrovanými žáky se často vyskytuje osobní asistent či asistent pedagoga. Osobní asistent je člověk, který se individuálně věnuje žákovi s postižením v oblastech sebeobsluhy, osobní hygieny a stravování. Není zaměstnancem školy. Asistent pedagoga pak představuje určitou kompenzaci postižení v oblasti výchovy a vzdělávání. Jeho hlavní činností je pomoc žákům při adaptaci na školní prostředí a pomoc pedagogickým pracovníkům při výuce, komunikaci se žáky či jejich zákonnými zástupci. Je zaměstnancem školy.

⁴⁵ VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. s.166

6.3 Sít' poradenských zařízení

Sít' poradenských zařízení poskytuje pomoc žákům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením. Zajišťuje bezplatné standardní poradenské služby. Cílem jejich služeb je pomoci vytvářet optimální podmínky pro rozvoj žáků, naplňovat jejich vzdělávací potřeby a rozvíjet schopnosti, dovednosti a zájmy. Mezi poradenská zařízení řadíme pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra (legislativně upraveny vyhláškou č.72/2005 Sb.), střediska výchovné péče. Přímo ve školách poradenství zajišťuje školní psycholog, speciální pedagog a metodik prevence.

6.3.1 Pedagogicko – psychologická poradna (PPP)

Poskytuje poradenství v oblasti pedagogicko-psychologické a speciálně pedagogické. Mezi její úkoly patří zjišťování připravenosti žáků na povinnou školní docházku. Na základě vyšetření doporučuje zařazení do příslušné třídy. Zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků s postižením. Poskytuje metodickou podporu škole a zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů prostřednictvím metodika prevence. Hlavní činností je pomoc při řešení výukových a výchovných problémů žáků. PPP se zaměřuje více na diagnostiku než na praktickou speciálně pedagogickou péči.

6.3.2 Speciálně pedagogické centrum (SPC)

Zajišťuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením. Zjišťuje speciální připravenost žáků s postižením na povinnou školní docházku, jejich speciální vzdělávací potřeby. Zpracovává podklady pro integraci a pomáhá při sestavení IVP. Vykonává diagnostiku a poskytuje poradenství se zaměřením na pomoc při řešení problému nejen v oblasti vzdělávání, ale také v psychickém a sociálním vývoji dítěte. Kromě diagnostické péče se věnují následné péči speciálněpedagogické. Pracovníci centra vyhledávají a vedou evidenci postižených dětí v dané oblasti. Svou činností SPC navazuje na střediska rané

péče. Klienty jsou děti a mládež od 3 let do ukončení školní docházky. SPC jsou většinou zřizována při speciálních školách a specializují se na určitý typ postižení (SPC pro tělesně postižené, pro zrakově postižené apod.). Činnost je realizována ambulantně na pracovišti centra nebo návštěvou pracovníků ve školách, případně rodinách.

6.3.3 Středisko výchovné péče

Klade důraz na prevenci a terapii sociálně patologických jevů u dětí a mládeže. Poskytuje poradenskou péči dětem, mladistvým, jejich rodičům a pedagogickým pracovníkům. Zajišťuje ambulantní a internátní výchovnou péči. Klienty jsou nejčastěji jedinci propuštění z ústavní výchovy nebo psychiatrické léčebny, děti z asociálních rodin, drogově závislá mládež (Ludíková, 2006)

6.3.4 Výchovný poradce, školní psycholog, speciální pedagog

Výchovný poradce působí na základních a středních školách. Řeší kázeňské, prospěchové a zdravotní problémy žáků ve škole. Zabývá se také jejich individuálními problémy, zprostředkovává další odbornou pomoc. Pozice školního psychologa a speciálního pedagoga se v současnosti vyskytuje jen na některých školách (zejména s vysokým počtem žáků). Důraz kladou na tzv. primárně preventivní působení, které snižuje riziko vzniku výchovných a výukových problémů žáků (Ludíková, 2006)

III. PRAKTICKÁ ČÁST

1. Úvod

Během studia učitelství pro 2. stupeň ZŠ mě zaujala problematika jedinců s handicapem, zvláště pak jedinců s tělesným postižením. Zájem se odrazil i v mimoškolních aktivitách. V současné době se často setkáváme s lidmi s postižením, výjimku netvoří ani školní prostředí. Téma integrace je dnes běžně probírané. Nejčastěji se integrují žáci se specifickými vývojovými poruchami učení. Vzhledem k mému zájmu a budoucí profesní orientaci jsem se však zaměřila na tělesně postižené děti a mládež. Dětská mozková obrna patří mezi nejčastější onemocnění způsobující postižení zasahující hrubou a jemnou motoriku, řeč a často i mentální úroveň.

Cílem praktické části práce je zmapovat stav edukace dětí s diagnózou dětská mozková obrna (DMO) v regionu Jičín se zaměřením na jejich integraci do běžného typu základní školy. Vzhledem k tomu, že v regionu nepůsobí žádné speciálně pedagogické centrum, jež by shromažďovalo informace a monitorovalo stav dětí s postižením, nelze přesně určit, kolik dětí s DMO se v naší oblasti vzdělává. Pokusím se tedy prostřednictvím kontaktu s různými institucemi a organizacemi tento počet zjistit. Blíže se zaměřím na zkoumání stavu integrace dětí s DMO ve školním roce 2008/2009. Formou dotazníku, který je určen pro třídní učitele integrovaných žáků, získám další informace k ověření či vyvrácení stanovených hypotéz.

Před samotným výzkumem byly stanoveny následující hypotézy:

H₁ Lze předpokládat, že z celkového počtu dětí s DMO v regionu Jičín se bude vzdělávat více než 70% v základních školách speciálních.

H₂ Předpokládám, že nejméně 70% žáků s DMO využívá kompenzační nebo speciální didaktické pomůcky.

H₃ Předpokládám, že děti s DMO budou činit obtíže především předměty náročné na hrubou a jemnou motoriku (výtvarná výchova, pracovní činnosti, tělesná výchova)

H₄ Předpokládám, že učitelé žáků s DMO mají vysokoškolské nebo doplňující speciálně pedagogické vzdělání, případně se snaží individuálně vzdělávat.

K potvrzení nebo vyvrácení platnosti zadaných hypotéz je nutné si stanovit přiměřené metody výzkumu. Pro ověření platnosti hypotézy H1 využiji metodu terénního výzkumu a osobního dotazování v cílových institucích. V druhé fázi výzkumu využiji metodu dotazníku, který zadám učitelům integrovaných žáků s diagnózou DMO s cílem získat více informací o výzkumném vzorku. Na základě získaných informací pak ověřím platnost zbývajících hypotéz (H2-H4).

2. Vyhodnocení získaných informací

2.1 Metoda dotazníku

Pro druhou část výzkumu bude využita metoda dotazníku. Podle Pelikána (1998) je dotazník nejpoužívanější pedagogickou výzkumnou technikou. Jeho podstatou je zjištění informací o respondentovi. Využívá se technika písemných odpovědí na položené otázky. Otázky mohou být různého typu – uzavřené, kdy respondent vybírá z nabízených možností odpovědi a otevřené, ve kterých varianty odpovědi nejsou a respondent se vyjadřuje samostatně. Kombinací obou předešlých jsou otázky polozavřené. V našem dotazníku převažují otázky uzavřené, ale zastoupeny jsou všechny typy. Pro lepší orientaci je dotazník rozčleněn na čtyři části

1. údaje o integrovaném žákovi
2. pedagogické prostředí
3. vztah ke školní práci, spolužákům
4. učitel integrovaného dítěte

Celé znění dotazníku lze vidět v příloze 2. Odpovědi budou zpracovány a výsledky zaznamenány do grafů v procentech. Pro lepší přehlednost jsou procenta zaokrouhlena na celá čísla. Všechny uvedené informace jsou aktuální pro školní rok 2008/2009.

2.2 Počty žáků v běžné ZŠ a ZŠ speciální

Jak již bylo výše zmíněno, v regionu Jičín nepůsobí žádné speciálně pedagogické centrum (SPC), které by mapovalo stav handicapovaných dětí a způsobu jejich vzdělávání. Stál přede mnou tedy úkol kontaktovat různé instituce a zařízení, které by mi mohly pomoci zjistit počet dětí s DMO ve školním věku v regionu Jičín. Bývalý okres Jičín je rozdělen na 3 menší správní celky – Jičín, Nová Paka, Hořice.

2.2.1 Diskuse

První zařízení, které jsem kontaktovala, byla Pedagogicko psychologická poradna v Jičíně. Setkala jsem se s velmi vstřícnou speciální pedagožkou. Bohužel, informace, které jsem požadovala, v poradně k dispozici neměli. Předpokládala jsem, že v případě absence SPC bude mít poradna podklady o všech handicapovaných dětech. Opak byl pravdou. Péčí poradny projdou děti pouze na žádost rodičů. Ucelený přehled tak neexistuje.

Druhá návštěva vedla do sdružení pro mentálně a tělesně postižené děti a jejich rodiče s názvem Apropo (Asociace pro pomoc postiženým). Pracovnice sdružení mi poskytly počet dětí s DMO navštěvující jejich stacionář, avšak opět se vyskytla stejná situace. Jelikož členství ve sdružení funguje na bázi dobrovolnosti, komplexní přehled nelze vytvořit.

Další kroky vedly na městský úřad, konkrétně za vedoucím odboru školství. Předpokládala jsem, že zde požadované informace dostanu. Přes veškerou snahu a ochotu se mi opět nepodařilo získat počet dětí s DMO ve školním věku. Stejná situace se pak opakovala na odboru sociálních věcí MÚ Jičín, u posudkového lékaře Úřadu práce Jičín a Okresní správě sociálního zabezpečení. Nutno dodat, že ochota státních zaměstnanců postupně klesala.

Posledním krokem byl kontakt všech škol v regionu s prosbou o uvedení počtu dětí s DMO, které se u nich vzdělávají. Školy jsem kontaktovala nejprve elektronickou cestou, poté telefonicky. V okolí Jičína jsem kontaktovala 18 škol, v Nové Pace a okolí 6 škol, v okolí Hořic 11 škol. Celkem se jednalo o 33 základních škol běžného typu a 2 základní školy praktické a speciální (Jičín, Hořice).

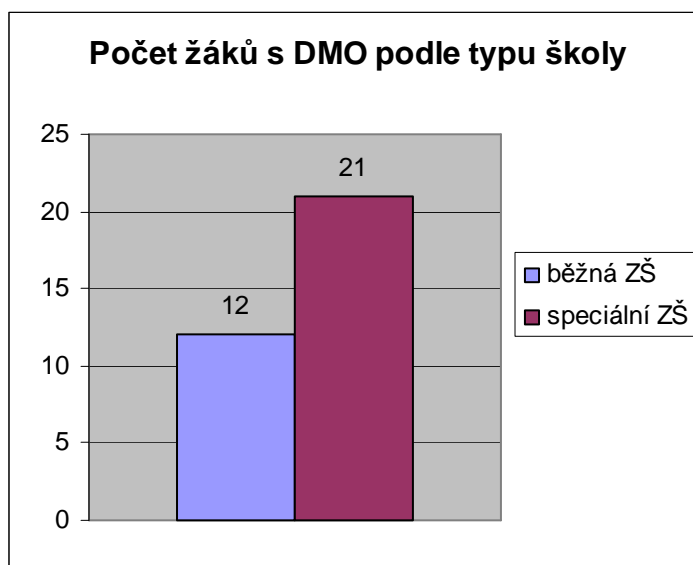
Z dotazování vyplynulo následující. Ve speciálních školách se vzdělává 21 dětí s DMO (12 v ZŠ Soudná v Jičíně, 9 v ZŠ Husova v Hořicích). Žáci navštěvují třídy s rehabilitačním programem. Většina z nich má závažné kombinované postižení spojené s těžkou mentální retardací. Integrace do běžné základní školy v současných podmínkách v jejich případě není možná. Do běžných škol je integrováno celkem 12 žáků s DMO (5 v Jičíně, 2 v Hořicích, 1 v Nové Pace, Pecce, Sobotce, Běcharech a Dobré Vodě). Počty žáků v jednotlivých obcích znázorňuje následující tabulka (tabulka 1).

název obce	f	podíl v %	běžná ZS	podíl v %	speciální ZS	podíl v %
Jičín	17	52%	5	42%	12	57%
Hořice	11	33%	2	17%	9	43%
Nová Paka	1	3%	1	8%	0	0%
Běchary	1	3%	1	8%	0	0%
Dobrá Voda	1	3%	1	8%	0	0%
Pecka	1	3%	1	8%	0	0%
Sobotka	1	3%	1	8%	0	0%
celkem	33	100%	12	100%	21	100%

Tabulka 1

f = počet dětí s DMO

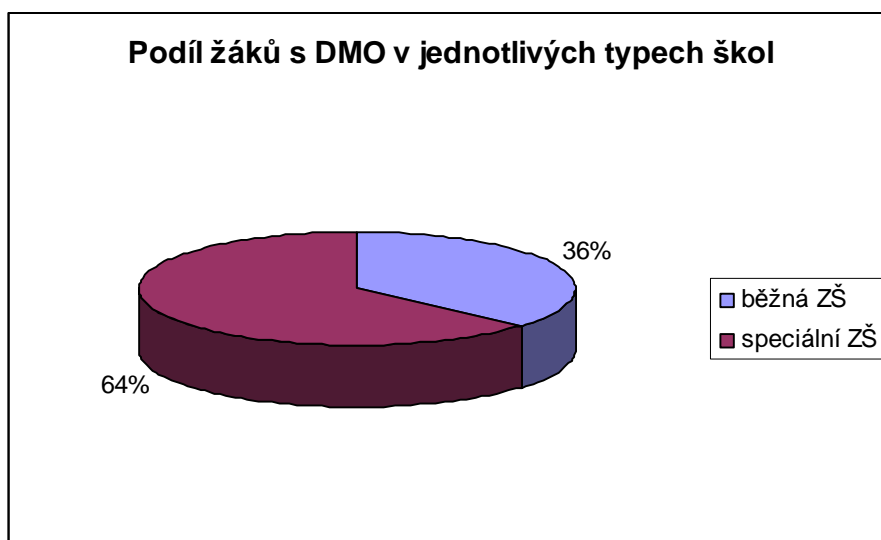
Hypotéza H1 předpokládala, že počet dětí s DMO vzdělávaných ve speciální škole bude vyšší než 70% z celkového počtu dětí s danou diagnózou. Graf 1 znázorňuje absolutní počet žáků s DMO.



Graf 1

Z celkového počtu 33 dětí s DMO v regionu Jičín se 21 žáků vzdělává na základních školách speciálních a 12 je integrováno v běžných ZŠ.

Následující graf (graf 2) dokumentuje výsledek zkoumání hypotézy. Vyjadřuje procentuální zastoupení žáků s DMO v běžných základních školách a školách speciálních v regionu Jičín.



Graf 2

Z grafu 2 vyplývá, že 64% dětí s DMO se vzdělává v základní škole speciální. 36% z nich je integrováno do běžné základní školy. Výsledný poměr je celkem překvapující, avšak ukazuje zvýšené integrační snahy posledních let.

2.2.2 Závěr

Cílem první části výzkumu bylo zmapovat stav dětí s DMO v regionu Jičín. Určili jsme celkový počet dětí školního věku s danou diagnózou. Stanovili jsme absolutní i relativní počet žáků s DMO v jednotlivých obcích regionu Jičín. Byl zjištěn poměr žáků s DMO vzdělávajících se formou integrace v běžných základních školách a žáků navštěvujících základní školu speciální. Poměr je zobrazen v grafu 2.

Platnost hypotézy H1 se nepotvrdila.

2.3 Integrovaní žáci s DMO, vada a její kompenzace

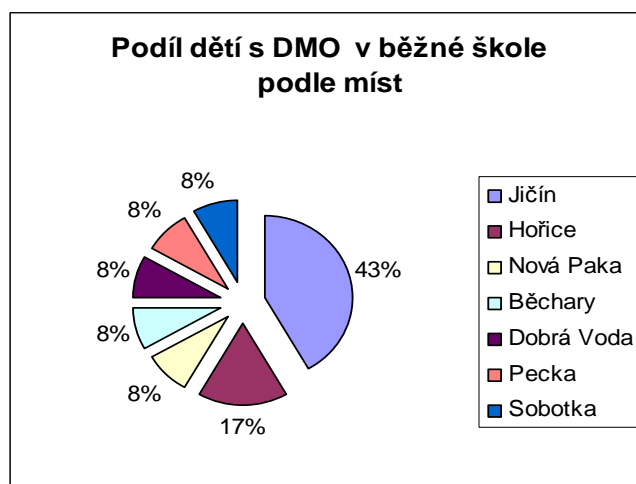
Tato část je zaměřená na integrované žáky a formu jejich postižení. Specifikuje přidružené problémy a využití pomůcek, které se snaží kompenzovat omezení z postižení vyplývající. Jedním z cílů kapitoly je potvrzení nebo vyvrácení platnosti hypotézy H2, které předpokládá, že nejméně 70% žáků s DMO využívá kompenzační nebo speciální didaktické pomůcky.

2.3.1 Diskuse

Integrovaných žáků s DMO je v regionu Jičín celkem 12 v 7 obcích. Stav znázorňuje tabulka 2 a graf 3.

Název obce	Počet žáků s DMO	Podíl v %
Jičín	5	42%
Hořice	2	18%
Nová Paka	1	8%
Běchary	1	8%
Dobrá Voda	1	8%
Pecka	1	8%
Sobotka	1	8%
Celkem	12	100%

Tabulka 2



Graf 3

Pro získání informací o integrovaných žácích s diagnózou DMO jsem využila metodu dotazníku, který jsem předala jejich učitelům. Ukázku vyplněného dotazníku si můžete prohlédnout v příloze 3. Každou školu jsem předem telefonicky kontaktovala a nabídla jsem možnost osobní návštěvy nebo zaslání dotazníku v elektronické formě. Sedm dotazníků jsem do škol donesla osobně, pět jich bylo posláno elektronicky. Z 12 dotazníků se zpět vrátilo 9. Návratnost byla 75%.

Tabulka 3 znázorňuje počet integrovaných žáků s DMO v jednotlivých ročnících. Z tabulky lze také vyčíst poměr chlapců a dívek z celkového počtu.

ročník	f	%	CH	%	D	%
1.	1	11%	0	0%	1	20%
2.	0	0%	0	0%	0	0%
3.	4	44%	1	25%	3	60%
4.	1	11%	0	0%	1	20%
5.	1	11%	1	25%	0	0%
6.	1	11%	1	25%	0	0%
7.	0	0%	0	0%	0	0%
8.	1	11%	1	25%	0	0%
9.	0	0%	0	0%	0	0%
celkem	9	100%	4	100%	5	100%

Tabulka 3

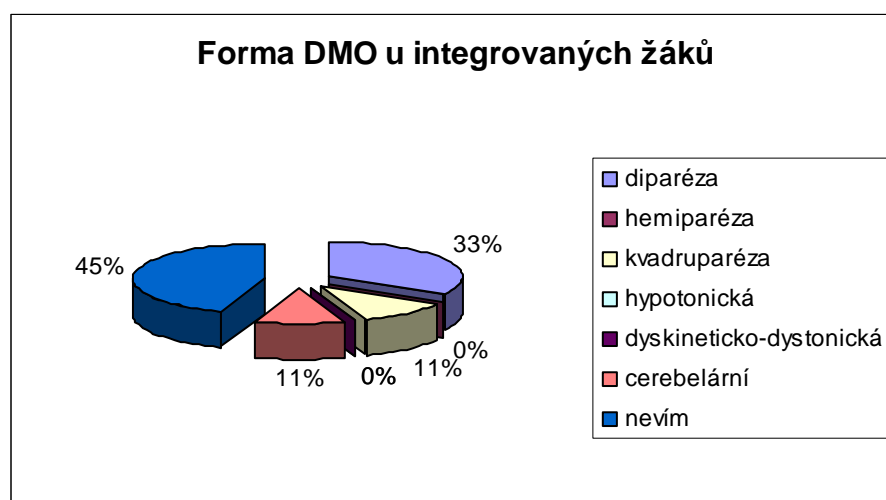
f = četnost výskytu

CH = chlapci

D = dívky

Dětská mozková obrna se vyskytuje v několika formách. Ke spastické formě se řadí diparéza, hemiparéza a kvadruparéza. Nespastická DMO může být hypotonická, dyskineticko-dystonická či cerebellární. Jednotlivé formy jsou

popsány v teoretické části práce (kapitola 4.3). Chtěla jsem zjistit, jaká forma DMO se nejčastěji vyskytuje u integrovaných žáků. Předpokládala jsem, že to bude lehčí forma spastické diparézy. Za prvé se jedná o nejčastější formu DMO vůbec a za druhé se projevuje postižením pouze dolních končetin. Horní končetiny zasaženy nejsou, což je předpokladem pro řádné fungování jemné motoriky. Aktivita spojené s jemnou motorikou ve škole jednoznačně převažují. Graf 4 vykazuje poměr jednotlivých forem DMO u výzkumného vzorku.

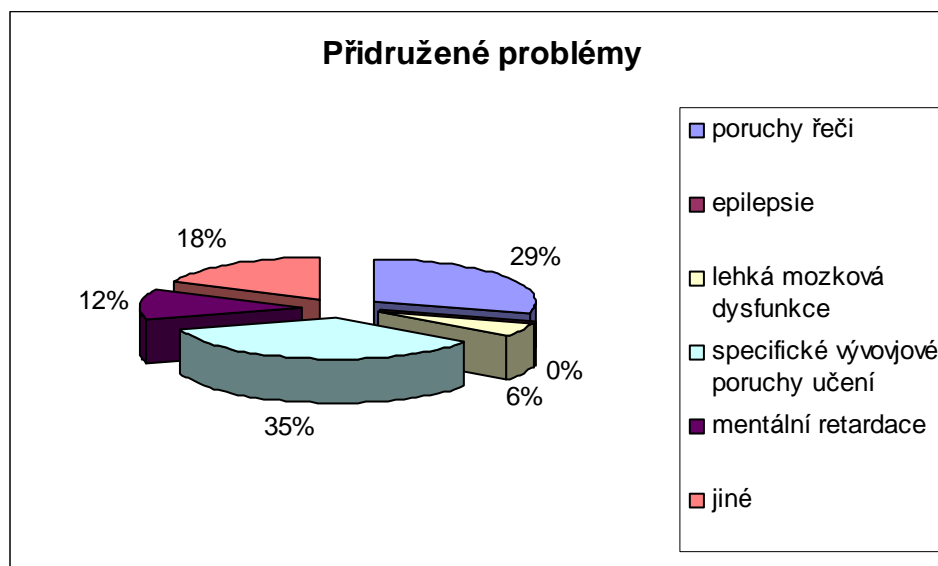


Graf 4

Ve výzkumném vzorku jsou zastoupeny pouze tři ze šesti forem DMO. Největší podíl 33% představuje spastická diparéza. Následuje spastická kvadruparéza (11%) a se stejným procentuálním ziskem i nespastická cerebelární forma DMO.

Zajímavým zjištěním byl pro mě především fakt, že 4 z 9 učitelů nevěděli, jakou formou DMO jejich žák trpí. Vzhledem k tomu, že je integrace náročný proces, vyžaduje dostatek informací o daném postižení. Předpokládala bych, že se učitelé sami budou chtít o projevech a specifikách určitého postižení dozvědět co nejvíce, aby nabyté informace mohli využít v praxi a předešli tím tak možným problémům. To však bez znalosti typu postižení nelze.

Mezi nejčastější přidružené problémy DMO patří poruchy řeči, epilepsie, lehká mozková dysfunkce (syndromy ADHD, ADD), specifické vývojové poruchy učení a mentální retardace. Většinou z nich se práce zabývá a popisuje je (kapitola 4.4). Z výzkumů vyplynuly následující podíly přidružených problémů (graf 5).



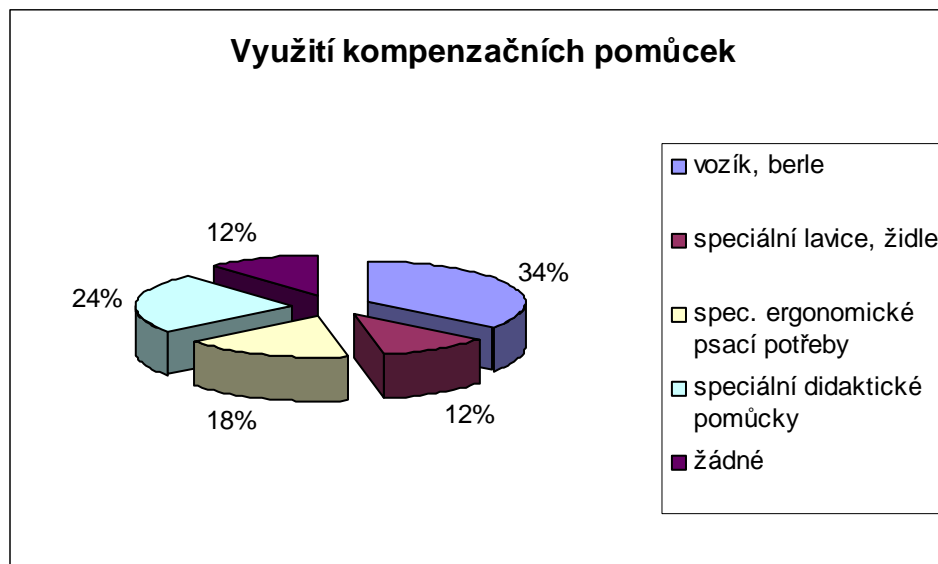
Graf 5

Nejvyšší podíl, 35%, zauímají specifické vývojové poruchy učení (SPU), konkrétněji dyslexie (porucha čtenářských schopností) a dyspraxie (porucha obratnosti projevující se při činnostech náročných na pohybovou rychlost a koordinaci). Druhou nejčastěji se vyskytující se přidruženou vadou jsou poruchy řeči. Potvrzuje to uvedenou teorii. DMO zasahuje svaly a to také svaly zapojující se do artikulace.. Následkem toho je artikulační neobratnost a narušená komunikační schopnost. Ta bývá nejčastější příčinou neúspěšného zapojení se do kolektivu. Vyžaduje totiž trpělivost a ochotu se dorozumět na obou stranách.

Překvapující byl výskyt mentální retardace. Ačkoliv se integrační snahy neustále zvyšují, vřazení dítěte s mentální retardací do běžné školy není častým jevem. Přináší zvýšené nároky na všechny účastníky výchovně vzdělávacího

procesu a ne vždy se setkává s úspěchem. Intelekt dvou integrovaných dětí z výzkumu se pohyboval v pásmu lehké mentální retardace. 12% z celkového počtu zahrnují jiné přidružené problémy. Konkrétně se jedná o psychické obtíže, oční vadu a poruchy pozornosti. V jednom případě byl uveden autismus. Ten však za přidružený problém dětské mozkové obrny nepovažují. Jedná se o kombinované postižení. Epilepsie se ani v jednom případě ve výzkumném vzorku neobjevila.

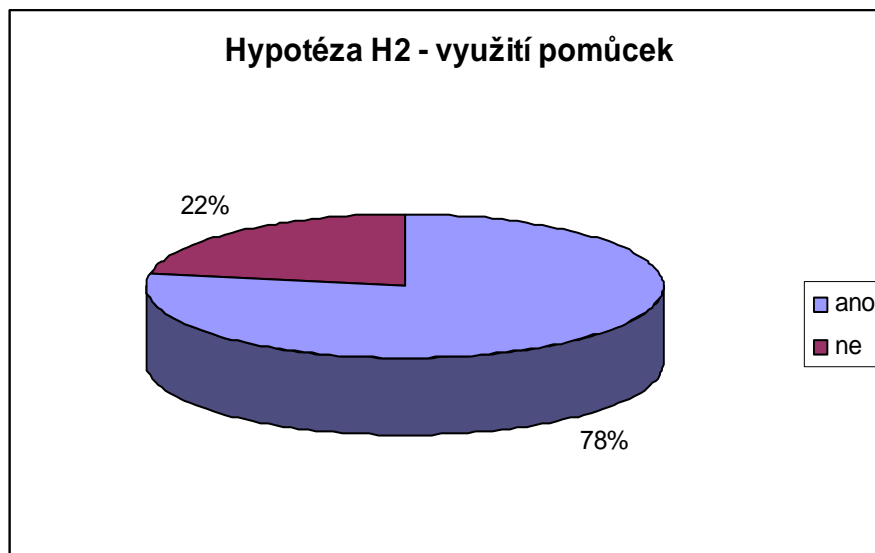
Během vyučování integrovaný žák většinou využívá prostředky, které pomáhají kompenzovat jeho vadu. Mnohdy je nezbytná úprava výchovně vzdělávacího prostředí, zvláště pokud je žák imobilní. Často dochází k volbě jiných metod výuky a práce, které jsou přizpůsobeny individuálním možnostem žáka. Žák běžně využívá osobní kompenzační pomůcky, jež usnadňují veškeré činnosti. V grafu 6 je znázorněno, jaké kompenzační pomůcky a v jaké míře žáci s DMO využívají.



Graf 6

Největší zastoupení mají pomůcky na podporu mobility, což je v případě tělesného postižení pochopitelné. Invalidní vozík, berle, případně speciální kočárek využívá 34% žáků. Speciální didaktické pomůcky využívá 24% žáků s DMO. Nejčastěji se jedná o osobní počítač se speciální klávesnicí přizpůsobenou postižení. Dále se objevily pomůcky na jemnou motoriku a čtecí lupa. Speciální ergonomické psací potřeby vlastní 18% žáků. Ve 12% můžeme ve třídách najít speciální školní stůl a židli. Vždy je to v případě imobilních žáků. Stejný podíl žáků neuvádí žádné kompenzační ani didaktické pomůcky. Tímto se vracíme ke stanovené hypotéze H2.

Hypotéza H2 předpokládala, že alespoň 70% integrovaných žáků s DMO bude využívat kompenzační nebo speciální didaktické pomůcky. Dle mého názoru velmi záleží na stupni postižení. Se zvyšující se mírou postižení bude stoupat i míra potřeby používání kompenzačních pomůcek. Graf 7 zobrazuje reálnou situaci.



Graf 7

Z celkového počtu 9 integrovaných žáků s DMO jich 7 využívá kompenzační nebo speciální didaktické pomůcky. Dva žáci se bez pomůcek při vyučování obejdou. Poměr využití je tedy 78 % : 22%.

2.3.2 Závěr

Druhá část výzkumu již byla zaměřená na integrované žáky s DMO. V úvodu bylo upřesněno, v jakých obcích a jakém počtu se vzdělávají v běžných základních školách. Dále jsme se dozvěděli, jaké formy DMO jsou ve výzkumném vzorku zastoupeny. Překvapujícím zjištěním byl především fakt, že 45% učitelů nezná formu DMO svého žáka. Byly stanoveny nejčastější přidružené problémy. Nakonec jsme se zaměřili na zkoumání využití kompenzačních a speciálních didaktických pomůcek. Z grafu 7 je zřejmé, že pomůcky využívá 78% integrovaných žáků z výzkumného vzorku.

Platnost hypotézy H2 se potvrdila

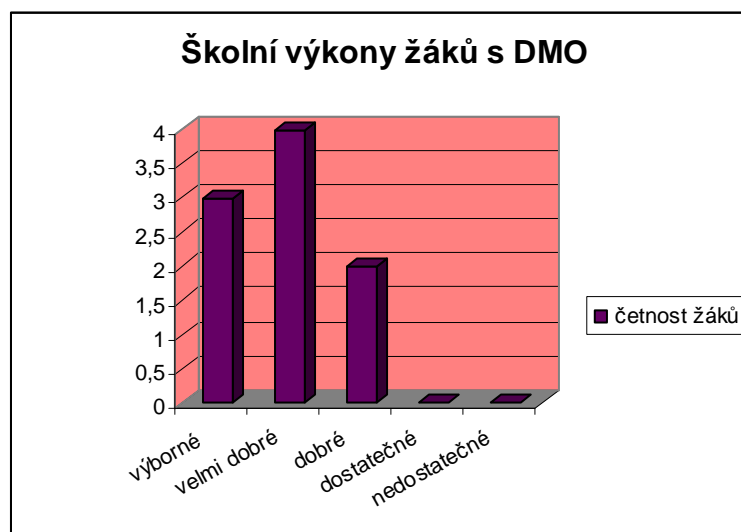
2.4 Vztah žáka s DMO ke škole, spolužákům

Další část výzkumu se soustředí na vztah žáka s DMO ke školní práci, na předměty, které jsou z hlediska postižení náročné a činí mu obtíže. Hypotéza H3 stanovila předpoklad, že potíže činí především předměty náročné na hrubou a jemnou motoriku jako je výtvarná výchova, tělesná výchova, pracovní činnosti, ale i matematika. Zajímalo mě také, zda je integrovaný žák z některého předmětu uvolněn. Pobyt ve třídě však neznamena pouze výuku, ale také přestávky a kontakty se spolužáky. Dalším předmětem zkoumání byla tedy i pozice, jakou integrovaný žák v třídním kolektivu zaujímá.

2.4.1 Diskuse

V dotazníku byla jedna část věnována vztahu žáka s DMO ke školní práci a spolužákům. Vzhledem k tomu, že dotazník vyplňovali učitelé, je možné, že došlo ke zkreslení informací zvláště pokud se jedná právě o vztahy mezi spolužáky. Školní výkon a předměty, které činí žákovi obtíže, by učitelé měli umět přiměřeně zhodnotit.

Nejprve mě zajímalo, jakých výsledků žák s DMO celkově dosahuje. Školní výkon obecně ovlivňuje spousta aspektů, především inteligence. Předpokládám, že pokud je dítě s DMO integrováno do běžné ZŠ, je úroveň jeho intelektových schopností (nad)průměrná, případně se pohybuje u horní hranice podprůměrných hodnot. Ovšem za předpokladu, že není přidružena mentální retardace. Graf 8 znázorňuje názor učitelů na výkony žáka s DMO.

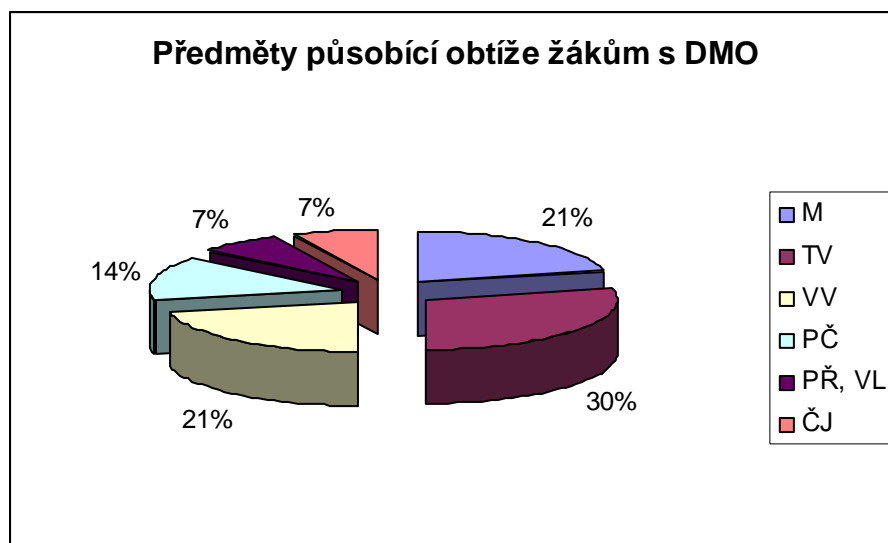


Graf 8

Z grafu 8 je patrné, že žádný žák nepodává výkon, který by mohl být hodnocen jako dostatečný nebo nedostatečný. Největší podíl zaujímá hodnocení výkonu jako velmi dobré (4 žáci – 44%), následuje výborné (3 žáci – 33%) a dobré (2 žáci - 23%). Jsem si vědoma toho, že je velmi obtížné tímto způsobem „oznámkovat“ celkový výkon dítěte. Bylo by nutné se navíc dotazovat, proč učitel ohodnotil žáka zrovna takto. Klasifikace jako způsob hodnocení žáků vůbec je velmi sporný. Můžeme se jen dohadovat, zda známka řekne o výkonu dítěte to, co jeho výkon vypovídá. Jedná se však o zavedený způsob hodnocení, na nějž jsou všichni (respektive většina) zvyklí. Dle mého názoru by zvláště v případě dítěte s postižením bylo lepší rozsáhlejší slovní hodnocení, které by lépe vystihlo všechny aspekty školní práce.

V hodnocení školní práce se také odráží spolupráce školy (učitele) s rodinou integrovaného žáka. Žák se vzdělává podle individuálního vzdělávacího programu (viz teoretická část kapitola 6.2.1.1) a jeho plnění se vztahuje i na důslednou práci doma. Ve dvou dotaznících se objevila poznámka od pedagoga, že výborné školní výkony žák podává mj. také díky skvělé spolupráci školy s matkou.

Dále mě zajímalo, v jakých předmětech má žák výukové obtíže. Vzhledem k charakteru postižení jsem očekávala častý výskyt odpovědí u předmětů, které jsou náročné na hrubou motoriku jako tělesná výchova a jemnou motoriku v případě výtvarné výchovy, pracovních činností či matematiky. Tento předpoklad jsem vyjádřila v hypotéze H3. Graf 9 zobrazuje podíl předmětů působících potíže.

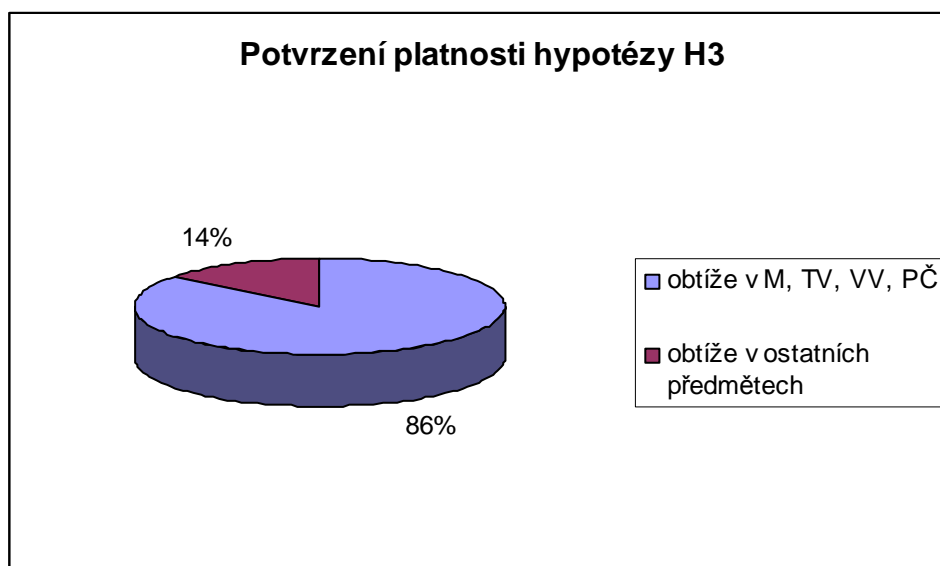


Graf 9

M= matematika
 TV = tělesná výchova
 VV = výtvarná výchova
 PČ = pracovní činnosti
 PŘ, VL = přírodověda, vlastivěda
 ČJ = český jazyk

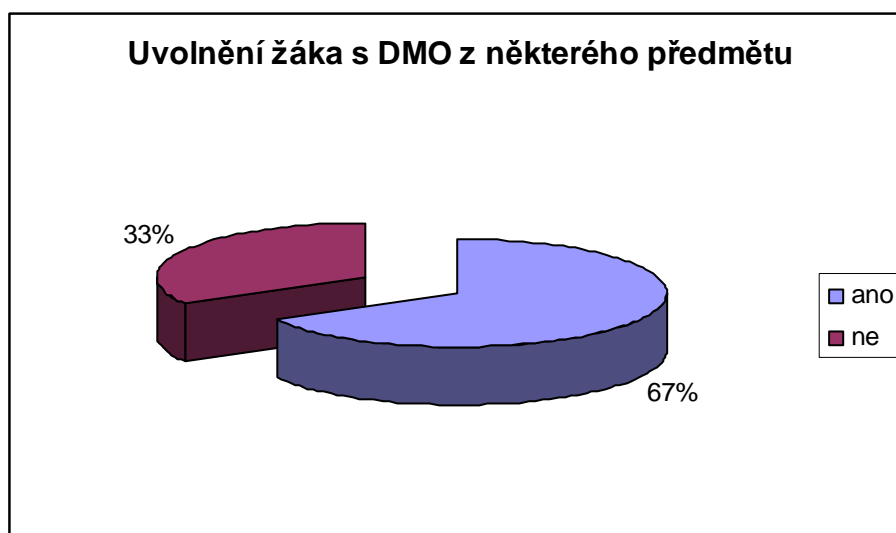
Je patrné, že nejvíce žáků (30%) má potíže v předmětu tělesná výchova. U tohoto předmětu jsem čekala ještě vyšší zastoupení, avšak určitý počet žáků z výzkumného vzorku je z tělesné výchovy uvolněn. O přesných číslech se zmíním později. Další oblastí, která je pro žáky obtížná je výtvarná výchova. Předmět vyžaduje určité manuální schopnosti a předpoklady a klade nároky právě na jemnou motoriku, která je v důsledku postižení zhoršená. Logicky tedy patří výtvarná výchova mezi předměty, které působí žákům s DMO obtíže. Stejný podíl jako u výtvarné výchovy zaujímá i matematika. 21% žáků v ní má obtíže. Zde by stálo za hlubší zkoumání, zda je to způsobeno charakterem postižení nebo například přidruženou vadou v podobě specifických poruch učení. Z hlediska postižení je v matematice náročná geometrie, zvláště pak rýsování. Třetím nejčastějším předmětem působícím potíže jsou pracovní činnosti. Dále se v grafu objevují český jazyk, vlastivěda a přírodověda. Obecně se obtíže vyskytují především v rychlosti psaní a mluvním projevu žáka.

Přejděme k potvrzení platnosti hypotézy H3, která předpokládala výukové obtíže žáků s DMO v předmětech náročných na hrubou a jemnou motoriku (TV, VV, M, PČ). Graf 10 zobrazuje poměr obtíží v předmětech zadaných v hypotéze a ostatních předmětech.



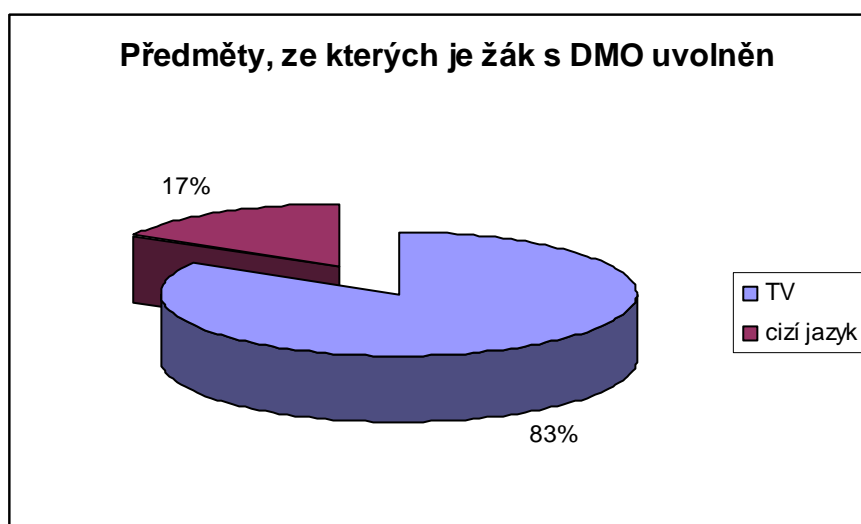
Graf 10

Nyní bych se chtěla vrátit k předmětu tělesná výchova. Vzhledem k tomu, že žáci s postižením bývají často uvolněni z některého předmětu, předpokládala jsem, že ani žák s DMO nebude výjimkou. Proto byla do dotazníku zařazena i otázka, zda je žák z některého předmětu uvolněn. Graf 11 na tuto otázku odpovídá.



Graf 11

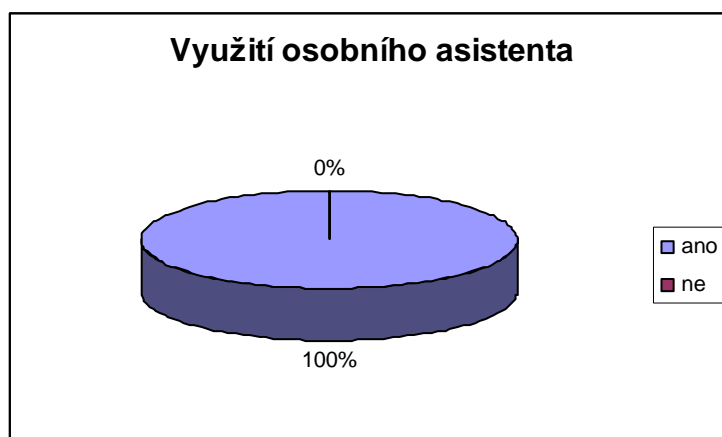
67% žáků je uvolněno z některého předmětu. Po shlédnutí grafu 12 bude zřejmé, který předmět převládá.



Graf 12

Nejčastějším předmětem, ze kterého je žák s DMO uvolněn, je tělesná výchova. Bylo zjištěno celkem 5 žáků. Někteří z nich mají místo TV individuální hodiny (2), v jednom případě chodí žák na fyzioterapii. Osobně se domnívám, že pokud k tomu neexistují závažné zdravotní důvody, žák s DMO by se hodin tělesné výchovy účastnit měl. I imobilní jedinec může podávat hodnotné sportovní výkony (nejen paralympiády jsou toho důkazem). Navíc během hodin tělocviku dochází k přirozenému střetávání dětí a posilují se jak přátelské vazby mezi jednotlivci, tak i skupinová soudržnost. O to by integrovaný žák neměl být ochuzen. Druhým předmětem, ze kterého je jeden žák z výzkumného vzorku uvolněn, je cizí jazyk.

Integrovaný žák mívá k dispozici osobního asistenta. Jeho činnost byla specifikována v teoretické části. Zajímalo mě, kolik žáků z výzkumného vzorku využívá pomoci osobního asistenta. Graf 13 zobrazuje výsledek.

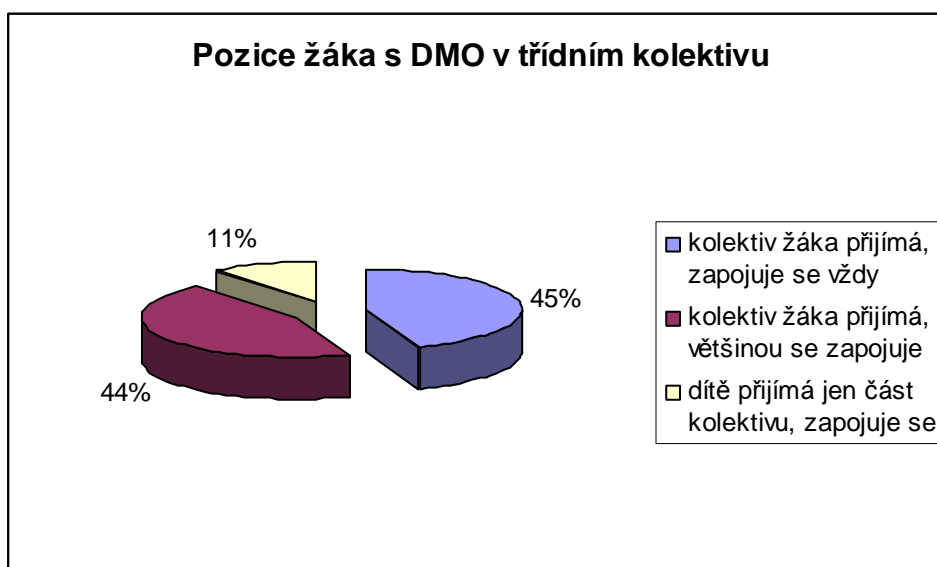


Graf 13

Všech 9 integrovaných žáků využívá služeb osobního asistenta. Dvakrát z toho se jedná o omezenou pomoc asistenta ve družině a na plavání. 7 žáků (77%) využívá asistentské služby ve všech předmětech a o přestávkách. Ve dvou případech pomoc zajišťuje osobní asistent a asistent pedagoga v jedné osobě.

V neposlední řadě mě zajímal sociální status integrovaných žáků a místo, které zaujímají v kolektivu. Jak jsem již zmínila, jsem si vědoma toho, že odpovědi na tuto otázku

mohou být zkreslené, jelikož je neposuzuje samotný žák, ale jeho učitel. Vhodnější a objektivnější metodou by pak bylo dlouhodobé pozorování nebo přímo sociometrický výzkum přímo ve skupině. V dotazníku se postavení žáka s DMO v třídním kolektivu týkala jedna otázka. Učitelé mohli vybrat jednu ze šesti nabízených odpovědí seřazených do jakési škály podle přijetí žáka kolektivem a vlastního zapojení se. Odpovědi jsou znázorněny v grafu 14



Graf 14

Využity byly pouze tři z šesti nabízených možností. Je určitě velmi pozitivní, že naprostá většina odpovědí určila první dvě možnosti dané škály. 45% žáků s DMO je přijímáno kolektivem, je jeho nedílnou součástí a vždy se zapojuje. Podobný podíl žáků (44%) dosáhlo druhého stupně škály. Jsou kolektivem přijímáni a většinou se do aktivit zapojují. Pouze v jediném případě, který tvoří 11% celkového počtu, je dítě přijímáno pouze částí kolektivu, v rámci této části se však aktivně zapojuje.

2.4.2 Závěr

Výzkumem jsme zjistili platnost hypotézy H3, jež předpokládala výukové obtíže žáků s DMO v předmětech, které jsou náročné na hrubou a jemnou motoriku. Z grafu 10 vyplývá, že 86% žáků má obtíže ve zmíněných předmětech.

Platnost hypotézy H3 se potvrdila

Dále jsme se dozvěděli o obecných výkonech integrovaných žáků či míře využití osobní asistence v průběhu vyučování. Určili jsme v jaké míře a v jakých konkrétních předmětech jsou žáci uvolněni z povinnosti jejich plnění. V neposlední řadě známe také postavení integrovaných žáků z výzkumného vzorku v třídním kolektivu.

2.5 Vzdělání učitelů žáka s DMO

Učitel stále hraje v edukačním procesu významnou roli. Je tedy nutné, aby byl dostatečně vzdělán. Ve větší míře to platí v případě výuky integrovaných žáků, kteří potřebují zvýšenou péči. To klade vyšší nároky na učitele nejen v oblasti přímého vyučování, ale hlavně při přípravě. Každý handicap má svá specifika, která je nutné znát. Hypotéza H4 tedy předpokládá, že učitelé žáka s DMO budou mít speciálně pedagogické vzdělání nebo se alespoň budou individuálně vzdělávat ve volném čase. Následující část se bude snažit tuto hypotézu potvrdit či vyvrátit.

2.5.1 Diskuse

Informace se týkají 9 učitelů integrovaných žáků s DMO v regionu Jičín ve školním roce 2008/2009. V tabulce 4 jsou zaznamenány informace o délce praxe, celkovém počtu integrovaných žáků v jejím průběhu a počtu integrovaných žáků s diagnózou DMO.

učitel	délka praxe	PIŽ	žáci s DMO
1	8	15	2
2	8	15	2
3	11	1	1
4	32	x	9
5	3	1	1
6	20	20	3
7	20	1	1
8	12	1	1
9	4	19	1

Tabulka 4

PIŽ – počet integrovaných žáků celkem

Považuji zde za nutné upozornit, že v několika případech může dojít ke zkreslení informací. Čtyři učitelé uvedli (učitel 3, 5, 7, 8), že dítě s DMO je jediným integrovaným žákem v průběhu jejich pedagogické praxe. Domnívám se, že zde zapomněli vzít v úvahu žáky se specifickými vývojovými poruchami učení (SPU), kteří se do skupiny integrovaných také řadí. Vzhledem k délce praxe jednotlivých učitelů (11, 3, 20 a 12 let) pokládám za

nemožný fakt, že ve své třídě neměli např. dítě s dyslexií. Zvláště pokud to mohu porovnat s vlastní souvislou praxí, kdy jsem se v každé (!) třídě setkala alespoň s jedním žákem s SPU.

V jednom případě učitel (4) neuvedl přesný počet integrovaných dětí, protože v minulosti pracoval i v mateřské škole, pro kterou je typický vysoký počet integrovaných dětí s postižením. Vzhledem k délce jeho praxe (32 let) je opravdu obtížné stanovit přesné číslo.

Průměrná délka praxe učitelů je 13 let. Průcha ve své publikaci Moderní pedagogika stanovil klasifikaci učitelů podle délky praxe. Vymezil čtyři kategorie:

- 1) **začátečníci** – délka praxe 0-5 let
- 2) **mladí učitelé** – délka praxe 6-15 let
- 3) **zkušení učitelé** – délka praxe 16-30 let
- 4) **senioři** – délka praxe více než 30 let

Jeho teorii jsem aplikovala i na učitele z výzkumu a vytvořila tabulku 5.

kategorie	počet učitelů	podíl v %
začátečník	2	22%
mladý učitel	4	44%
zkušený učitel	2	22%
senior	1	11%
Celkem	9	100%

Tabulka 5

Tabulka 5 udává informace, kolik učitelů spadá do jednotlivých kategorií. Zastoupeny jsou všechny kategorie. Největší podíl vykazuje kategorie mladý učitel. 44% učitelů vykonává svou profesi 6 – 15 let. Stejný podíl 22% se objevuje ve dvou kategoriích – začátečník a zkušený učitel. Nejmenší zastoupení, a to 11%, má kategorie seniorů.

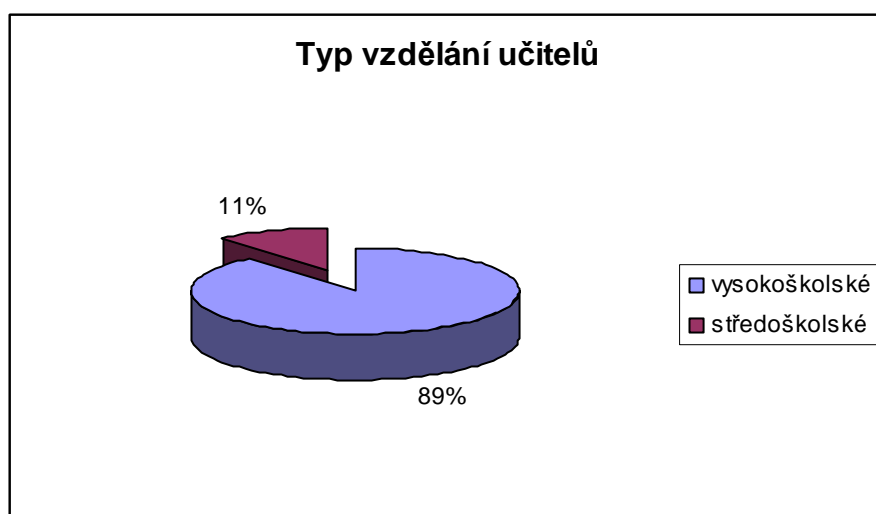
Na tomto místě se otevírá prostor k diskusi, zda délka praxe ovlivňuje kvalitu práce učitele. Ve prospěch zkušených učitelů mluví právě míra zkušeností, které nasbírali za léta praxe. Oproti tomu zde však také hraje roli tzv. syndrom vyhoření (neboli burn out efekt). Syndrom vyhoření se týká všech zaměstnaných, především pak pracovníků v pomáhajících

profesích. Vyznačuje se ztrátou entuziasmu, příjemného pocitu z vykonané práce, tělesným vyčerpáním, apatií a rezignací. Dalším úskalím je zde určitá rigidita myšlení. Bohužel se ještě dnes můžeme poměrně často setkat s učiteli, kteří mají od počátku své praxe zavedené metody práce a odmítají je opustit nebo alespoň přizpůsobit novým podmínkám ve školství. Začátečníci a mladí učitelé přichází do práce s nadšením, snahou něco změnit. Jsou otevření novým přístupům a experimentům. Chybí jim však zkušenost a mnohdy si procházejí učením metodou pokus a omyl.

Podle mého názoru není délka praxe učitele při řešení integrace dítěte s DMO do třídy běžné základní školy zásadním aspektem. Záleží spíše na ochotě učitele angažovat se. Termínem angažovat se nemám na mysli věnovat nadměrnou péči handicapovanému dítěti na úkor dětí zdravých. Je nutné najít zdravou míru, která nepoškodí ani jednu ze zúčastněných stran. Vzhledem k tomu, že integrace vyžaduje zvýšené nároky na přípravu učitele, bylo by dobré, aby k práci přistupoval pozitivně a bral to jako obohacení zkušeností. Realita však často bývá jiná. Učitelé si stěžují na velké množství práce navíc, které se však neodráží v jejich finančním ohodnocení.

V tabulce 4 můžeme vyčíst i informace o celkovém počtu integrovaných žáků s diagnózou DMO v průběhu praxe jednotlivých učitelů. Pro 5 učitelů z 9 (55%) se jedná o první setkání s danou diagnózou. 4 učitelé již žáka s DMO učili (45%). V jednom případě se vyučující setkal již s 9 žáky s DMO. Jedná se však o již zmíněného učitele, který působil i v mateřské škole.

Nyní přejdeme k informacím o vzdělání učitelů. V dnešní době by mělo být samozřejmostí vysokoškolské vzdělání učitelů. Graf 15 zobrazuje situaci u učitelů z výzkumného vzorku.



Graf 15

Z grafu vyplývá, že naprostá většina učitelů (89%) má vysokoškolské vzdělání v oboru učitelství pro základní školy. Pouze v jednom případě se jedná o vzdělání středoškolské. Středoškolské vzdělání má učitel s nejdelší praxí (32 let), který spadá do Průchovy kategorie seniorů. Je tedy vidět, že děti jsou vzdělávány kvalifikovanými pedagogy.

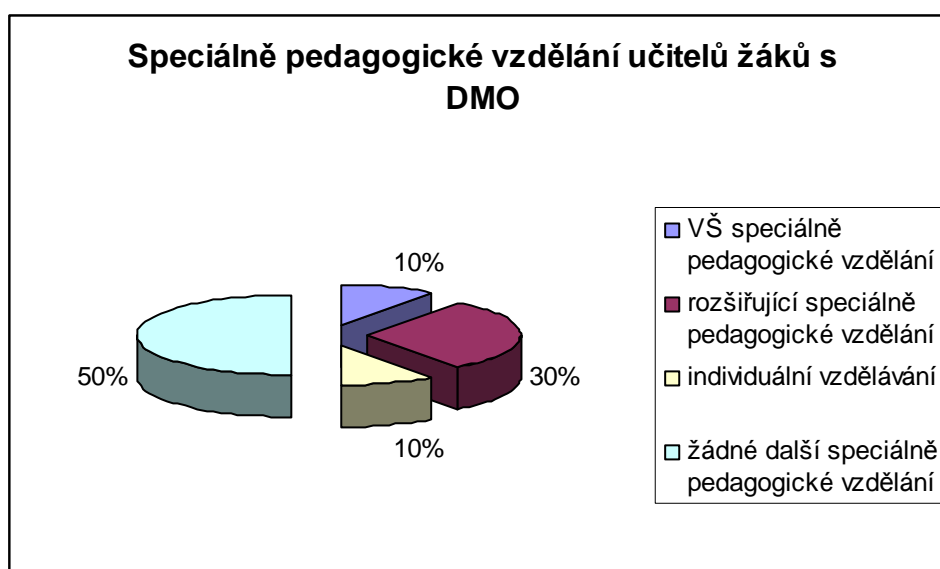
Práce se však týká integrace žáků s DMO. Problematicke jedinců s postižením se věnuje obor speciální pedagogika, konkrétně disciplína somatopedie. Oborům jsou věnovány dvě kapitoly v teoretické části. Bylo by vhodné, aby učitelé žáků s DMO měli (rozšiřující) speciálně pedagogické vzdělání nebo se alespoň sami vzdělávali ve svém volném čase. Tabulka 6 znázorňuje počty učitelů u jednotlivých typů vzdělání.

typ vzdělání	počet učitelů	podíl v %
Vysokoškolské (učitelství pro ZŠ)	8	89%
středoškolské	1	11%
VŠ speciálně pedagogické	1	11%
rozšiřující speciálně pedagogické	3	33%
individuální vzdělávání	1	11%

Tabulka 6

Blíže bych se zaměřila na komentář výsledků speciálně pedagogického vzdělání. Z devíti učitelů má pouze jeden vysokoškolské vzdělání se zaměřením na speciální pedagogiku. Tři učitelé mají rozšiřující speciálně pedagogické vzdělání. Co je ale na výsledcích alarmující je výsledek poslední kategorie v tabulce. Pouze jediný učitel se individuálně vzdělává ve volném čase. Trochu paradoxní je fakt, že se jedná o jediného učitele se středoškolským vzděláním. Tento výsledek mě nepříjemně překvapil. Očekávala jsem, že se učitelé v tomto směru budou snažit doplnit si informace alespoň individuální cestou. Ovšem když vezmeme v úvahu výsledky výzkumu o znalostech typu formy DMO žáka (viz graf 4), kde celých 45% učitelů na dotaz, jakou formou DMO jejich žák trpí, odpovědělo – nevím-, výsledek tohoto zkoumání se mohl očekávat.

Vraťme se ale k hypotéze H4. Předpokládali jsme, že učitelé žáků s DMO budou mít speciálně pedagogické vzdělání, případně se budou individuálně vzdělávat ve svém volném čase. Graf 16 znázorňuje poměr učitelů se speciálně pedagogickým vzděláním.



Graf 16

Z grafu 16 vyplývá, že celých 50% učitelů žáků s DMO nemá speciálně pedagogické vzdělání a ani se nijak nesnaží se individuálně vzdělávat. Individuální vzdělávání praktikuje

jediný učitel. Ten má navíc rozšiřující speciálně pedagogické vzdělání. Z učitelů, kterým takto zaměřené vzdělání chybí, se individuálně nevzdělává ani jeden.

2.5.2 Závěr

Část dotazníku byla věnována i učiteli integrovaného dítěte, Cílem bylo zjistit délku pedagogické praxe, počet integrovaných dětí během průběhu praxe, počet integrovaných žáků s diagnózou DMO a především typ vzdělání učitele. Příjemným zjištěním byl fakt, že naprostá většina učitelů má vysokoškolské vzdělání. Za alarmující považuji neochotu učitelů se dále vzdělávat v problematice handicapovaných jedinců. Vzhledem k tomu, že se žáci s postižením objevují v běžných školách čím dál častěji, je podle mého názoru nutné vzdělání (nejen) v tomto směru neustále doplňovat. Hypotéza H4 předpokládala, že učitelé integrovaných žáků budou mít speciálně pedagogické vzdělání, případně si budou vzdělání doplňovat individuálně. Z grafu 16 lze vyčíst výsledky výzkumu.

Platnost hypotézy H4 se nepotvrdila

IV. ZÁVĚR

Cílem práce bylo zmapovat situaci dětí s DMO v oblasti vzdělávání v regionu Jičín ve školním roce 2008/2009. Zvláštní pozornost pak byla věnována žákům integrovaným v běžné základní škole.

Teoretická část práce podala obecný náhled na témata se vzděláním jedinců s postižením spojená. Byly vysvětleny základní pojmy. Seznámili jsme se s historií a vývojem oboru speciální pedagogika. Zvláštní kapitoly byly věnovány somatopedii a dětské mozkové obrně. Práce nastínila i psychologické aspekty postižení a v neposlední řadě možnosti vzdělávání se zaměřením na integraci.

Výzkumná část si vytyčila za cíl ověřit či vyvrátit platnost předem stanovených hypotéz (H1-H4). Použitou metodou byl v první fázi terénní výzkum formou návštěv a kontaktů s cílovými institucemi. V druhé fázi byla využita metoda dotazníku, který vyplnili učitelé integrovaných žáků.

Úvod výzkumu měl za cíl ověřit platnost hypotézy H1, která předpokládala, že více než 70% dětí s DMO se bude vzdělávat v základní škole speciální. Výzkum platnost hypotézy H1 nepotvrdil. Výsledky dokumentují zvýšené úsilí posledních let, vyjadřujících myšlenku, že pokud je to jen trochu možné, žák by se měl vzdělávat v běžné škole.

Druhá fáze výzkumu byla zaměřena na integrované žáky s DMO. Hypotéza H2 předpokládala, že více než 70% žáků využívá kompenzační a speciální didaktické pomůcky. Výzkumné šetření prokázalo její platnost. Dané pomůcky jsou nedílnou součástí vzdělávání jedinců s postižením. Ačkoliv jsou speciální školy v tomto směru mnohem lépe vybavené, i v běžné škole je nutné se neustále seznamovat s novými technikami a předměty, které nějakým způsobem vzdělání facilitují.

Hypotéza H3 stanovila předpoklad, že předměty, ve kterých se předpokládají u žáků s DMO určité potíže, budou především ty, které jsou náročné na hrubou a jemnou motoriku (tělesná výchova, výtvarná výchova, pracovní činnosti, matematika). Z informací v dotaznících byl sestaven graf, který platnost hypotézy H3 potvrdil.

Nakonec byla pozornost soustředěna na učitele integrovaného žáka. Hypotéza H4 předpokládala, že pedagogové budou vzdělání v oboru speciální pedagogika, případně si

budou vzdělání doplňovat individuálně. Zjišťováním jsme došli k překvapivému výsledku, že celá polovina pedagogů nemá speciálně pedagogické vzdělání a ani se nesnaží si ho doplnit individuálním studiem ve volném čase. Domnívám se, že v tomto ohledu před učiteli stojí velká výzva. Jedním z předpokladů kvalitního vzdělávání je odborně vyškolený pedagog. A odbornost se netýká pouze aprobačních oborů, ale také oblasti pedagogiky a psychologie, v případě integrovaného žáka pak také speciální pedagogiky.

Sama vyhodnocuji, že výsledky výzkumu se týkají pouze vzorku omezeného na vytýčenou oblast, ale současně si uvědomuji, že diplomová práce ani nemohla nabídnout rozsáhlejší možnosti. V budoucnu bych se na danou problematiku ráda znovu zaměřila s cílem širší a hlubší analýzy a hledání a nalézání východisek.

Co se týká vzdělávání handicapovaných jedinců, přikláním se ke konstatování profesorky Vítkové: „Vzdělávejme postižené v běžných školách, pokud je to možné, ve speciálních pokud je to nutné.“ Každý člověk je individualita a tak se na něj musí i pohlížet. Integrace je složitý proces a jeho úspěšnost záleží i na připravenosti všech zúčastněných (škola, učitel, integrovaný žák a jeho rodina, spolužáci a mnohdy i jejich rodiče). V tomto směru je před námi obtížný úkol, který bychom se měli snažit co nejlépe splnit. Ovšem ne za každou cenu.

V. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTOŠ, Augustin. *Než bude pozdě (Co s dětmi po obrně?)*. Praha: Melantrich 1939

Defektologický slovník. [s.l.] : H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

CHVÁTALOVÁ, Helena. *Jak se žije dětem s postižením : Problematika pěti typů zdravotního postižení*. Praha : Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1.

JESENSKÝ, Ján. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-7041-196-1.

KÁBELE, František, et al. *Somatopedie : Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha : Univerzita Karlova, 1993. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.

KRAUS, Josef, et al. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada Publishing, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.

NOVOSAD, Libor. *Kapitoly ze základů speciální pedagogiky : Somatopedie*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2002. 79 s. ISBN 80-7083-563-X.

PELIKÁN, Jiří. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Praha : Karolinum, 1998. 270 s. ISBN 80-7184-569-8.

PEŠATOVÁ, Ilona, ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do speciálně pedagogické a sociální problematiky*. Liberec : Technická univerzita v Liberci, 2005. 125 s. ISBN 80-7083-985-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila, et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

PRŮCHA, Jan, WALTEROVÁ, Eliška, MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.

RENOTIÉROVÁ, Marie, et al. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

Speciální pedagogika. č. 1-2. Praha : 2007. ISSN 1211-2720.

Speciální pedagogika. č. 1. Praha : 2004. ISSN 1211-2720.

SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha : SPN, 1986. 231 s.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2000. 178 s. 80-7178-506-7

VÁGNEROVÁ, Marie, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana, ŠTĚCH, Stanislav. *Psychologie handicapu*. Praha : Karolinum, 2001. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2008. 870 s. 978-80-7367-414-4

VÍTKOVÁ, Marie, et al. *Integrativní speciální pedagogika : Integrace školní a sociální*. Brno : Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. Brno : Paido, 2006. 301 s. ISBN 80-7315-134-0.

Vyhláška 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

VI. SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č.1 Ukázka aktivit podporovaných Augustinem Bartošem v rámci rehabilitace dětí s postižením

Příloha č.2 Dotazník

Příloha č. 3 Ukázka dotazníku vyplněného učitelem integrovaného žáka s DMO

Příloha č.4 Ukázky konkrétních kompenzačních a speciálních didaktických pomůcek užívaných integrovaným žákem s DMO

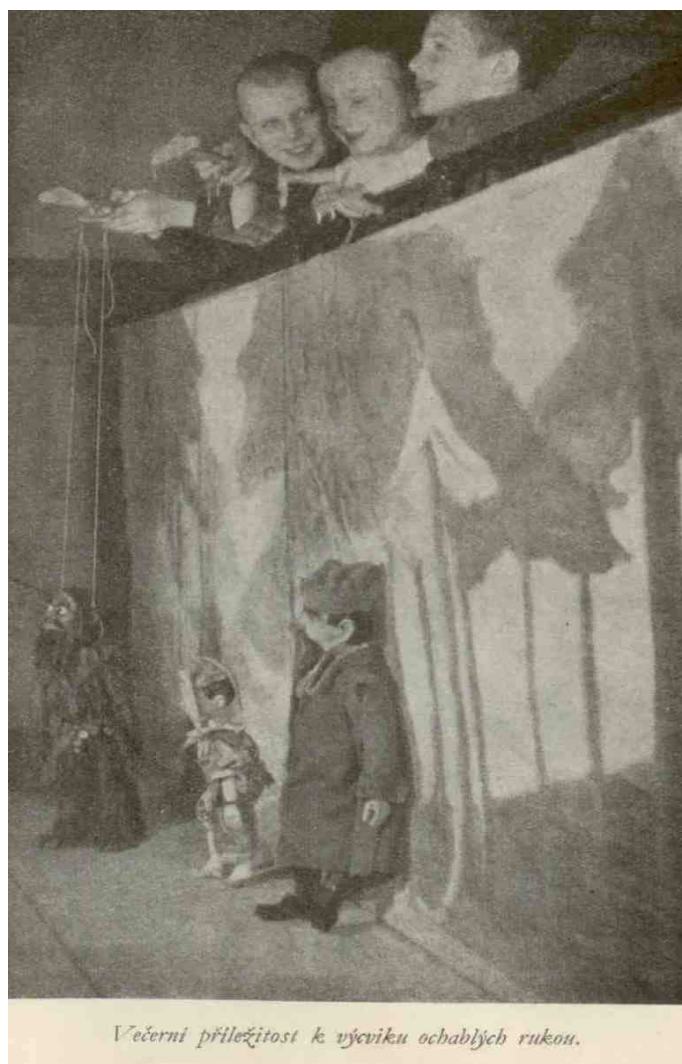


Jedna z her pro výcvik ochabých paží.



Tělesná práce působí na vývoj ochabých svalů.

Příloha č.1 Augustin Bartoš a jeho metody



Příloha č.1 Augustin Bartoš a jeho metody



dnoduchý autokar umožňuje rychlé přemístění celé třídy málo pohyblivých dětí



Pohyb celé třídy přináší nové poznání a radost.

Obrázky převzaty z publikace: BARTOŠ, Augustin: Než bude pozdě (Co s dětmi po obrně?).
Tiskem a nákladem Melantricha v Praze 1939

DOTAZNÍK K INTEGRACI DÍTĚTE S DMO DO BĚŽNÉHO TYPU ZŠ

Vážená paní učitelko, pane učiteli,
držíte v rukou dotazník, který je součástí výzkumné části diplomové práce s názvem Dítě s handicapem a problematika výchovně vzdělávací činnosti. Cílem práce je zmapovat stav integrovaných žáků s DMO v rámci sítě běžných škol v regionu Jičín. Vzhledem k tomu, že výzkumný vzorek je poměrně malý a informací o daném tématu je nedostatek, žádám Vás o vyplnění dotazníku. Předem mnohokrát děkuji!

Ivana Jandová
studentka TU v Liberci
Učitelství pro 2.stupeň ZŠ

I. ÚDAJE O INTEGROVANÉM ŽÁKOVI

Pohlaví:

Třída:

Věk:

Sídlo školy (název obce):

1. Forma DMO

Forma spastická

diparéza

hemiparéza

kvadruparéza

nevím

Forma nespastická

hypotonická

dyskineticko-dystonická

cerebelární (mozečková)

2. Žák trpí přidruženými problémy

ne

ano

3. Pokud ano, označte jakými (možné označit více variant)

Poruchy řeči

Epilepsie

Lehká mozková dysfunkce (LMD)

Specifické vývojové poruchy učení

Mentální retardace

Jiné (vypište)

4. Žák s DMO je

Mobilní

imobilní

5. Žák používá kompenzační pomůcky (možné označit více variant)

nepoužívá

invalidní vozík

berle

speciální ergonomické psací potřeby

jiné.....

II. PEDAGOGICKÉ PROSTŘEDÍ

1. Úprava výchovně vzdělávacího prostředí (např. třídy)

bez speciálních úprav

se speciálními úpravami

2. Užití pomůcek při výuce (možné označit více variant)

neužívá žádné zvláštní pomůcky

užívá osobní kompenzační pomůcky

užívá speciální didaktické pomůcky, které ostatní žáci nemají (např. počítač, diktafon)

3. Stav žáka vyžaduje volbu jiných metod výuky a práce

nikdy

velice zřídka

jen v určitých předmětech, občas

pravidelně ve většině předmětů

vždy za každých okolností

4. Žák využívá asistentské či speciálně pedagogické služby (osobní asistent, návštěvy speciálního pedagoga)

nikdy

občasné návštěvy speciálního pedagoga

časté návštěvy speciálního pedagoga

osobní asistence v některých předmětech (jakých).....

osobní asistence ve všech předmětech, o přestávkách

III. VZTAH KE ŠKOLE, SPOLUŽÁKŮM

1. postavení žáka v třídním kolektivu

kolektiv dítě přijímá, je jeho součástí, zapojuje se vždy

kolektiv dítě přijímá, většinou se zapojuje

kolektiv dítě přijímá, zapojuje se zřídka

dítě přijímá jen část kolektivu, zapojuje se

dítě přijímá jen část kolektivu, nezapojuje se

kolektiv dítě nepřijímá, nezapojuje se

2. školní výkony integrovaného žáka jsou

výborné

velmi dobré

dobré

dostatečné

nedostatečné

3. Předměty, které činí dítěti obtíže (vypište)

4. Je žák uvolněn z některého předmětu

ano
ne

Pokud ano, vypište z jakého.....

5. Dítě zvládá integraci

bez problémů
s obtížemi
s velkými obtížemi
nezvládá

IV. UČITEL INTEGROVANÉHO DÍTĚTE

1. délka pedagogické praxe

2. celkový počet integrovaných dětí v praxi

3. počet dětí s DMO z celkového počtu integrovaných dětí

4. vzdělání učitele (lze označit více variant)

středoškolské
vysokoškolské (učitelství pro ZŠ)
vysokoškolské speciálně pedagogické
rozšiřující speciálně pedagogické
individuální vzdělání ve volném čase
jiný typ vzdělání

5. Vyjádřete, prosím, svůj názor, zkušenosti a zážitky (i negativní) s integrací handicapovaných dětí do běžných škol

DOTAZNÍK K INTEGRACI DÍTĚTE S DMO DO BĚŽNÉHO TYPU ZŠ

Vážená paní učitelko, pane učiteli,
držíte v rukou dotazník, který je součástí výzkumné části diplomové práce s názvem Dítě s handicapem a problematika výchovně vzdělávací činnosti. Cílem práce je zmapovat stav integrovaných žáků s DMO v rámci sítě běžných škol v regionu Jičín. Vzhledem k tomu, že výzkumný vzorek je poměrně malý a informací o daném tématu je nedostatek, žádám Vás o vyplnění dotazníku. Předem mnohokrát děkuji!

Ivana Jandová
studentka TU v Liberci
Učitelství pro 2.stupeň ZŠ

V. ÚDAJE O INTEGROVANÉM ŽÁKOVĚ

Pohlaví: [žena](#)

Třída: [IV. A](#)

Věk: [10 let](#)

Sídlo školy (název obce): [ZŠ, Sobotka](#), okres Jičín

6. Forma DMO

[Forma spastická](#)

[diparéza](#)

hemiparéza

kvadruparéza

nevím

[Forma nespastická](#)

hypotonická

dyskineticko-dystonická

cerebelární (mozečková)

7. Žák trpí přidruženými problémy

ne

[ano](#)

8. Pokud ano, označte jakými (možné označit více variant)

[Poruchy řeči](#)

Epilepsie

Lehká mozková dysfunkce (LMD)

[Specifické vývojové poruchy učení](#)

Mentální retardace

Jiné (vypište)

9. Žák s DMO je

Mobilní

[imobilní](#)

10. Žák používá kompenzační pomůcky (možné označit více variant)

nepoužívá

[invalidní vozík](#)

berle

speciální ergonomické psací potřeby

[jiné: lavice, židle](#)

VI. PEDAGOGICKÉ PROSTŘEDÍ

5. Úprava výchovně vzdělávacího prostředí

bez speciálních úprav

[se speciálními úpravami](#)

6. Užití pomůcek při výuce (možné označit více variant)

neužívá žádné zvláštní pomůcky

[užívá osobní kompenzační pomůcky](#)

[užívá speciální didaktické pomůcky, které ostatní žáci nemají \(např. počítač, diktafon\)](#)

7. Stav žáka vyžaduje volbu jiných metod výuky a práce

nikdy

velice zřídka

jen v určitých předmětech, občas

[pravidelně ve většině předmětů](#)

vždy za každých okolností

8. Žák využívá asistentské či speciálně pedagogické služby (osobní asistent, návštěvy speciálního pedagoga)

nikdy

občasné návštěvy speciálního pedagoga

časté návštěvy speciálního pedagoga

osobní asistence v některých předmětech (jakých).....

[osobní asistence ve všech předmětech, o přestávkách](#)

VII. VZTAH KE ŠKOLE, SPOLUŽÁKŮM

1. postavení žáka v třídním kolektivu

[kolektiv dítě přijímá, je jeho součástí, zapojuje se vždy](#)

kolektiv dítě přijímá, většinou se zapojuje

kolektiv dítě přijímá, zapojuje se zřídka

dítě přijímá jen část kolektivu, zapojuje se

dítě přijímá jen část kolektivu, nezapojuje se

kolektiv dítě nepřijímá, nezapojuje se

2. školní výkony integrovaného žáka jsou

výborné

[velmi dobré](#)

dobré

dostatečné

nedostatečné

3. **Předměty, které činí dítěti obtíže (vypište)**
matematika, výtvarná výchova, pracovní činnosti

4. **Je žák uvolněn z některého předmětu**

ano
ne

Pokud ano, vypište z jakého: tělesná výchova

5. **Dítě zvládá interaci**

bez problémů
s obtížemi
s velkými obtížemi
nezvládá

VIII. UČITEL INTEGROVANÉHO DÍTĚTE

6. **délka pedagogické praxe** 20
7. **celkový počet integrovaných dětí v praxi** 1
8. **počet dětí s DMO z celkového počtu integrovaných dětí** 1
9. **vzdělání učitele (lze označit více variant)**

středoškolské
vysokoškolské (učitelství pro ZŠ)
vysokoškolské speciálně pedagogické
rozšiřující speciálně pedagogické
individuální vzdělání ve volném čase
jiný typ vzdělání

10. **Vyjádřete, prosím, svůj názor, zkušenosti a zážitky (i negativní) s integrací handicapovaných dětí do běžných škol**

Při integraci je určitě důležitá trpělivost, pohoda a vzájemná důvěra mezi učitelem, rodiči, pedagogickou asistentkou i žákem. Přesný návod na to, jak pracovat, neexistuje. Učení probíhá formou zkouška – omyl (pokud zvolená metoda práce nevyhovuje, příště vyzkoušíme jinou). Důležitá je také integrace do kolektivu. Pro mne bylo výhodou, že žákyně se s třídním kolektivem znala již ze školky. Překvapila mě velká snaha a houževnatost vše zvládnout stejně jako spolužáci. Určitě je to pro mne velká zkušenost.

PŘÍLOHA 4 – KOMPENZAČNÍ A SPECIÁLNÍ DIDAKTICKÉ POMŮCKY

Následující fotky kompenzačních a didaktických pomůcek vznikly s laskavým svolením Honzy Bílka, jeho maminky PhDr. Ireny Bílkové a osobní asistentky Jany Popkové.



Speciální nůžky



Osobní počítač se speciální klávesnicí



Čtecí lupa



Polohovací židle



Míčky na procvičování motoriky



Pomůcky na smyslovou výchovu a jemnou motoriku



Trojhranné pastelky